GUY ALESSANDRI

Ancien Externe des Hôpitaux

LES TUMEURS MALIGNES DE LA CLOISON NASALE

(Mélanome exclus)

— 1970 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545823_0009

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LES TUMEURS MALIGNES DE LA CLOISON NASALE

(Mélanome exclus)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

LE 16 AVRIL 1970

PAR

GUY ALESSANDRI

Né le 10 Octobre 1935 à Bastia (Corse)

Ancien Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. le Professeur A. APPAIX,		Président
	» PAYAN		
	» CLAUSTRE		Assesseurs
	» GARCIN		

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ADMINISTRATIF

DOYEN : H. GAUSTAUT

Doyen honoraire : G. MORIN

Assesseurs : Ch. GREBUS, J. CHARPIN et R. DEPIEDS

Attaché Principal, Chef des services administratifs : P. MOUCHET

PERSONNEL ENSEIGNANT

MM. MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, De VERNEJOUL, GIRAUD, MERCIER, MARONNEAUD, VIGNOLI, PIERI.

Professeurs titulaires de Chaires

Anatomie	MM	GRISOLI
Anatomie appliquée et chirurgie expérimentale		HENRY
Anatomie pathologique		GASTAUT
Bactériologie et Virologie		BRAHIC
Biochimie Médicale		LISSITZKY
Botanique et Cryptogamie		PELLISSIER
Chimie		DUMAZERT
Chimie analytique et hydrologie		PASTOR
Chimie biologique		DERRIEN
Chimie biologique		REYNAUD
Chimie minérale		MOURGUE
Clinique cardiologique et cardiologie expérimentale		JOUVE
Clinique chirurgicale		CARCASSONNE
Clinique chirurgicale		LAMY
Clinique chirurgicale		LENA
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		SALMON
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice de l'adulte		TRIFAUD
Clinique de chirurgie thoracique		DOR
Clinique dermatologique		HADIDA
Clinique d'endocrinologie		VAGUE
Clinique exotique		BLANC
Clinique médicale		SIMONIN
Clinique médicale		AUDIER
Clinique médicale thérapeutique et des maladies du sang		OLMER
Clinique des maladies infectieuses		RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition		MONGES H.
Clinique médicale infantile		BERNARD R.
Clinique de neurologie		BOUDOURESQUES
Clinique neuro-chirurgicale		PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique		SERMENT
Clinique ophtalmologique		JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique		APPAIX
Clinique pneumo-phtisiologique		CHARPIN
Clinique psychiatrique		SUTTER

Clinique rhumathologique..... RECORDIER
Clinique Stomatologique..... LACHARD
Clinique urologique..... DUCASSOU
Electroradiologie..... LEGRE
Histologie et Embryologie..... PICARD
Histologie et Embryologie..... STAHL
Hygiène et médecine sociale..... SAUTET
Médecine Expérimentale..... DONNET
Médecine légale et médecine du travail..... MOSINGER
Parasitologie..... RANQUE
Pathologie chirurgicale..... GRANJON
Pathologie interne..... MOUREN
Pharmacie chimique et législation pharmaceutique..... CRISTAU
Pharmacie galénique et matière médicale..... BERNARD P.
Pharmacologie pharmaceutique..... MERCIER J.
Physiologie..... MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires..... LAVAL
Physique..... DUBOULOZ
Physique médicale..... ROUX
Séméiologie médicale..... MONGIN
Séméiologie chirurgicale..... DEVIN
Thérapeutique..... GERARD
Toxicologie..... VIALA
Zoologie et microbiologie..... GREBUS

Professeurs titulaires à titre personnel

MM FARNARIER..... Ophtalmologie
HOUEL..... Chirurgie thoracique et chirurgie du coeur
IMBERT..... Chirurgie générale
LAFFARGUE..... Anatomie pathologique
ORSINI..... Pédiatrie
PAYAN..... Anatomie pathologique
SERAFINO..... Chirurgie
TAMALET..... Microbiologie
TISSIE..... Oto-Rhino-Laryngologie
DEPIEDS..... Immunologie
BOUYARD..... Pharmacologie
TEMIME..... Dermato-Vénéréologie
SARLES..... Médecine générale

Professeurs sans Chaire

MM. DESANTI, GEVAUDAN, CORRIOL, BARET, JULLIEN, DALMAS, TOGA CARCASSONNE M., DUMON, GASCARD, MURATORE, ZWIRN, GHIGLIONE, CREVAT, LANZA M., ARDISSON, CHEVROT, NICOLI, PLASSE, SALAMON.

Maitres de Conférences - Agrégés

MM. ACHARD
ARNOUX A.
BATTESTI
BERNARD P. M.
BIMAR
BONNEAU
BOUYALA
BUISSON
BUREAU
CLAUSTRE
CODACCIONI
COMBALBERT
COURBIER
Mlle CREMIEUX
DELMONT

MM. DOR
FRANCOIS
FOURNIER
GARCIN
GAUTHIER
GAYTE-SORBIER
GIRAUD F.
GOVEZO
GRIMAUD
GUERINEL
HUGUET
IMBERT Paul
Mme JOUVE
MM KAPHAN
LOUCHET

MM. MONTIES
PRIVAT
RAYBAUD C.
REGLI
RICHAUD
RICHELME
ROLLAND
SARACCO
SEDAN
SEITE
SOYFER
SPITALIER
TARANGER
TATOSSIAN
SOULAYROL
VITRY

Agrégés en exercice

MM BREMOND
BRICOT
CARCASSONNE Y.

MM. CASANOVA
COIGNET
JEAN

MM. MICHOTEY
MONGES André
RUF

Agrégés libres

MM. BERARD
BERTHIER
BOURRET
CHAUVIN
COMITI
DEVIN

MM. FIGARELLA
GAMBARELLI
GARES
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
REBOUD

CET OUVRAGE EST DEDIE

A VANNINA, MA FEMME ;

A MES FILLES, MARTHE ET MARIE-JEANNE;

A MES PARENTS,
en témoignage d'affection ;

A MA SŒUR ET A SA FAMILLE ;

A MON BEAU-PERE LE DOCTEUR MARSILY,
modèle d'intelligence et de conscience
médicale ;

AUX GRAND-MERES DE MA FEMME ET A SA FAMILLE;

A MON BEAU-FRERE ET A TOUS LES SIENS ;

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE JURY DE THESE,

Monsieur le Professeur André APPAIX ;

Vous avez su créer une Ecole Marseillaise d'O.R.L., dont vous êtes le Maitre incontesté et bienveillant ;

Au cours de mes études dans la spécialité, j'ai eu maintesfois l'occasion d'apprécier la valeur de votre enseignement ; mon passage dans votre service m'a fait également découvrir vos qualités humaines.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant mon Jury de Thèse.

A MES MAITRES MEMBRES DU JURY,

- Monsieur le Professeur PAYAN

J'ai toujours suivi vos cours magistraux avec intérêt et assiduité, attiré par votre savoir et la netteté de vos exposés.

C'est avec plaisir que j'ai passé sous vos ordres ma première année d'Externat.

Je vous remercie d'avoir bien voulu contrôler dans cet ouvrage le chapitre d'Anatomie Pathologique et d'avoir accepté de faire partie de ce Jury.

- Monsieur le Professeur agrégé Pierre CLAUSTRE

Vous m'avez accueilli dans votre service avec cette bienveillance toute paternelle qui est la vôtre et m'avez ouvert les yeux à notre Spécialité, décidant ainsi de ma vocation.

Votre érudition et votre personnalité m'ont toujours séduit et la moindre de nos conversations est pour moi riche d'enseignement.

Je tiens à vous témoigner ici avec le respect que je vous dois et l'estime que je vous porte, l'attachement que j'ai pour vous.

Je vous remercie de tout.

Votre présence dans ce Jury est pour moi un honneur et un plaisir.

- Monsieur le Professeur Agrégé Michel GARCIN

Vous vous êtes occupé de moi et m'avez patiemment guidé durant des années, me faisant bénéficier d'un enseignement dont tous ceux qui connaissent l'étendue de votre savoir peuvent apprécier la richesse ;

Vous m'avez confié ce travail qui m'a grandement intéressé.

Je suis particulièrement fier d'avoir travaillé à vos côtés.

Je vous remercie de tout ce que vous avez fait pour moi et vous exprime ici toute ma reconnaissance.

Je suis heureux de vous compter aujourd'hui parmi mes juges.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

-Monsieur le Professeur Agrégé PAOLI
-Monsieur le Professeur MONGES,
-Monsieur le Professeur Agrégé CLAUSTRE,
dont j'ai été l'externe ;
-Monsieur le Professeur Agrégé CLAUSTRE,
chez qui j'ai exercé les fonctions
d'Interne.

AU PERSONNEL DU SERVICE O. R. L. DE L'HOPITAL NORD,

A TOUS MES AMIS.

PROLOGUE

Ayant eu l'occasion, au cours de notre passage dans les Hôpitaux de Marseille, de rencontrer des malades porteurs de tumeurs de la cloison nasale, nous nous sommes intéressé à ce type de lésion ; celà nous a permis de réunir 12 observations de malades dépistés et traités dans la région marseillaise, malades atteints de tumeurs variées couvrant à peu près tout l'éventail histopathologique des lésions localisées au septum nasal.

D'autre part, la littérature médicale nous a apporté 64 autres cas publiés depuis 1945, nous permettant ainsi d'étudier au total 76 malades.

Voici le détail de nos 12 observations :

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Monsieur B..... Eusèbe - 71 ans (Hôpital Nord)

Première manifestation

En février 1961, par l'apparition d'une rhinite sèche à droite, avec croûtes et petits suintements sanglants.

Première consultation

En Octobre 1961, à l'examen on note une lésion ulcéro-végétante ayant détruit la partie haute de l'aile du nez au voisinage de la pointe, évidé la pointe nasale et dont le point de départ est situé dans le quart antérieur de la cloison, lui-même détruit par une vaste perforation.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Histologie (Pr BONNEAU)

Carcinome épidermoïde spino-cellulaire très différencié avec nécrose secondaire et atteinte du cartilage.

Traitement

Du 7/10 au 16/11/1961, césiumthérapie par un seul feu direct en plésiothérapie (35 cms source-peau) délivrant 5. 000 r au total.

Evolution

Disparition complète des lésions jusqu'en Avril 1965 inclus.

En Octobre 1965, récidive au niveau de l'aile nasale par une lésion ulcéro-végétante de 1 cm de diamètre. Pas d'adénopathie.

Traitement : césiumthérapie par 2 feux latéraux délivrant 7. 500 r en huit semaines.

Disparition complète des lésions jusqu'en Octobre 1967.

Deuxième récidive - A cette date : apparition d'un bourgeonnement de petite taille sur le versant narinaire externe. Une électro-coagulation en Décembre, ne contrôle pas la lésion.

Février 1968 - Le malade entre à l'Hôpital Nord porteur, à droite, d'une lésion végétante de la tête du cornet inférieur, du plancher et de la face externe du vestibule.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Deuxième traitement : électro-chirurgie emportant le quart antérieur du cornet inférieur, le plancher narinaire, la paroi externe du vestibule narinaire, les parties molles adjacentes.

Suites opératoires normales.

Malade suivi régulièrement jusqu'au 31/12/1969 sans signe de récurrence ni adénopathie.

OBSERVATION N°2

Monsieur S..... Georges - 64 ans (Dr AMALRIC)

Première manifestation

En Juillet 1961 : "eczéma microbien" du vestibule narinaire, puis folliculite récidivante de la narine droite traités par radiothérapie anti-inflammatoire en Janvier 1963 ; épistaxis récidivantes en 1964.

Première consultation

En Octobre 1964 : lésion bourgeonnante au niveau du tiers moyen de la cloison du côté droit. Pas d'adénopathie.

Histologie : Carcinome épidermoïde peu différencié.
Traitement : Curiepuncture par deux aiguilles de 1,5 mg pendant 3 jours, soit : 1,6 mcd.

Evolution

Disparition des troubles fonctionnels et affaissement de la lésion avec persistance de lésions inflammatoires chroniques.

En Juin 1966 : apparition d'épistaxis.

En Octobre 1966 : induration du vestibule narinaire droit.

En Mars 1967 : infiltration des deux vestibules narinaires, de la sous cloison et de la portion adjacente de la lèvre supérieure ; bourgeonnement au niveau du tiers moyen de la narine droite.

Pas d'adénopathie.

Histologie (Pr BONNEAU) : EOA pavimenteux très différencié.

Traitement : césiumthérapie, par 1 feu direct, en plésiothérapie délivrant 7.000r en 8 semaines.

Disparition totale des lésions. Présence d'une ulcération trophique ulcéro-nécrotique de 5 mm de diamètre au niveau du quart inférieur de la cloison à droite.

Revu en Juillet 1967 / R.A.S.

OBSERVATION N° 3

Monsieur M..... Edouard - 67 ans (HOPITAL NORD)

Première manifestation En août 1966 : apparition d'une rhinite vestibulaire droite tenace avec croûtes et prurit douloureux.

Première consultation En Avril 1967 : après détersion des croûtes on note, au niveau de la cloison cartilagineuse une fissure de 1 cm de long, suivie d'une zone ulcéro-végétante s'étendant en arrière sur 2 cms 1/2, séparée de l'arête nasale pas de la muqueuse saine. Le plancher est respecté, la fosse nasale opposée est normale.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Diagnostic proposé : lupus ou granulome malin incipiens.

Histologie (Pr BONNEAU)

Carcinome-épidermoïde spino-cellulaire très différencié.

Traitement

Sous anesthésie générale, desinsertion naso-géniennes et agrandissement de la voie par résection du rebord du sinus piriforme.

Ablation de la lésion et de son support ostéo-cartilagineux, passant à 5 m/m en muqueuse saine, suivie d'électro-coagulation de la tranche de section.

Très bonnes suites opératoires.

Césium-thérapie post-opératoire en 7 semaines. (7. 400 r) à 25 cm .

Evolution : Restitutio. ad integrum

Persistance de la guérison en Décembre 1969.

OBSERVATION N° 4

Monsieur L..... Louis - (HOTEL DIEU)

Première manifestation : En août 1965 : apparition de croûtes persistantes dans la narine gauche.

Première consultation

En Octobre 1965 : présence d'une tumeur de la taille d'une lentille, implantée sur la face gauche du septum cartilagineux, juste en arrière de la sous-cloison ; nette induration périphérique.

N'est revu qu'en Février 1966 : il présente alors une vaste ulcération narinaire gauche, une perforation de cloison, une infiltration médiane et para-médiane gauche de la lèvre supérieure adhérant au maxillaire

Adénopathie : un élément sous-angulo-maxillaire droit mobile, de la taille d'une noisette.

Histologie

Carcinome épidermoïde différencié.

Traitement

Télécobalthérapie en un champ délivrant 6. 000 r.

Evolution :

En Mai 1967 : lésion ulcéro-bourgeonnante de la lèvre supérieure et du seuil narinaire prédominant à gauche, destruction de toute la cloison antérieure.

Adénopathie sous-maxillaire bi-latérale.

Traitement : chimiothérapie intra-artérielle bi-latérale (infusion temporale), par méthotrexate 50 mmgr par jour, en alternance. Au bout de 8 jours les lésions ont regressé de 50 % mais une baisse d'état général emporte le malade le 26/5/1967.

OBSERVATION N° 5

Monsieur M..... Henri - 57 ans (Pr BREMOND)

Première manifestation

Troubles indéterminés ayant débuté en Septembre 1966.

Première consultation

En Mars 1967 pour epistaxis droite. A l'examen : lésion ulcéro-végétante au niveau du septum cartilagineux droit, débordant en haut sur le dôme cartilagineux, infiltrant la pointe en avant, la sous-cloison et le pied de cloison en bas. On note une polypose nasale associée homolatérale.

Histologie

En surface muqueuse pluri-stratifiée de type respiratoire. Infiltration sous-muqueuse par des formations épithéliales en cordon, le plus souvent trabéculées. Aspect de carcinome malpighien peu différencié.

Traitement

Cobalt 60, en trois champs, délivrant au total 8. 250r.

Evolution

Le 14/9/67 restitutio ad integrum.

OBSERVATION N° 6

Monsieur A.....Marius - 62 ans (HOPITAL NORD)

Première manifestation

Depuis 1964 algies de la pointe nasale et de la cloison, bi-latéraliséesen début 1968, puis apparition d'épistaxis et de croûtes vestibulaires.

Aurait subi, en 1966/67, une radio-thérapie dont les modalités ne nous sont pas connues.

Première consultation

En Novembre 1968, persistance et aggravation des troubles précédents. A l'examen, on note la présence de nombreuses croûtes qui, après détersion, laissent apparaître une petite perforation de cloison de 6 m/m de diamètre environ avec bourgeonnement du rebord dans sa partie postéro-supérieure.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Histologie

Epithélioma pavimenteux trabéculaire assez bien différencié.

Traitement

Cesiumthérapie 7. 100r /

Evolution

Petite réaction cutanée dans les suites immédiates. Disparition complète des signes tumoraux. Suivi régulièrement jusqu'au 17/12/69.

OBSERVATION N° 7

(Observation déjà publiée par MM les Docteurs CASTELAIN - AMALRIC et SPITALIER)

Monsieur G..... - 61 ans

Malade déjà traité en Juin 1961 pour 3 cornes cutanées situées au niveau de la face latérale du cou (electro-chirurgie), qui s'était révélées être des épithélioma malpighiens.

Première consultation

En Avril 1962 pour apparition depuis 3 semaines de deux nouvelles tumeurs :

-une au niveau de la tempe gauche (traitée par radiothérapie de contact),

-l'autre au niveau de la sous-cloison nasale, juste sous narinaire et, irritée par l'extraction des poils, est d'accroissement rapide.

Histologie (Dr STAHL)

Epithelioma malpighien baso-cellulaire.

Traitement

Cesiumthérapie à 35 cms par deux feux latéraux délivrant 6.300 r en 8 semaines.

Evolution

Fonte totale de la tumeur. Malade perdu de vue.

OBSERVATION N° 8

Monsieur T..... Antoine - 58 ans (Dr AMALRIC)

Première manifestation

En Janvier 1965 . Croûtes récidivantes au bas de la collumelle, à gauche. Deux mois après, symptomatologie identique du côté droit. Les lésions sont facilement hémorragiques.

Première consultation

En août 1965 ; le malade présente alors une lésion ulcéro-infiltrante du quart inférieur de la sous-cloison remontant de 1,5 cm sur sa face gauche, 1 cm. à droite.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Histologie

Epithélioma épidermoïde spino-cellulaire.

Traitement

Cesiumthérapie par deux feux latéraux à courte focale, délivrant 7.100r en 7 semaines.

Evolution

Disparition complète des lésions.

Deux années après, la cicatrisation se maintient, la seule séquelle étant une petite perforation de la sous-cloison.

OBSERVATION N° 9

Monsieur E..... Paul

Epithélioma des deux tiers internes du seuil narinaire gauche remontant jusqu'à mi-hauteur de la sous-cloison.

Traitement

Radiothérapie à 110 kV, 3.500 r en trois semaines (du 4/1/66 au 1/2/1966)

Evolution

Radionécrose limitée des cartilages de la sous-cloison. Disparition des signes tumoraux. Cicatrisation parfaite en Mai 1966.

Juin 1966 : apparition d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche atteignant rapidement la taille d'une mandarine, adhérant à la peau, associée à un deuxième élément jugulaire intérieur de 3 cms de diamètre.

Le 27/6/66 : curage ganglionnaire cervical gauche avec sacrifice de la zone cutanée d'adhérence que l'on comble par une plastie de rotation prélevée dans la région trapézienne (type ZOVICKIAN).

Septembre 1966 : bon état local et général.

Fin Octobre 1966 : récidive cutanée dans la zone d'évidement.

10/3/1967 : exitus par hémorragie.

OBSERVATION N° 10

Monsieur R..... Emile - 62 ans (Pr. BREMOND)

Première consultation

Le 7/4/1962. Découverte au cours d'un examen de routine, d'une tumeur septale chez un malade venu consulter pour syndrome otologique (hypo-acousie, acouphènes, otalgie). A l'examen, on note une tumeur bien limitée arrondie (bille) siégeant à la partie inférieure de la cloison cartilagineuse qui bombe ainsi fortement à droite.

Aucune symptomatologie fonctionnelle. La ponction à l'aiguille fine donne l'impression de traverser une coque dure ; elle ne fournit aucun renseignement histologique.

Traitement (Dr SAVY)

Intervention le 9/5/1962 : résection chirurgicale de la tumeur qui fait corps avec la face droite de la cloison cartilagineuse. L'intervention emporte le socle cartilagineux et une partie de la cloison osseuse.

Histologie (Pr PAYAN)

Tumeur bien encapsulée, de type mixte, à éléments épithélio-glandulaires ou épidermoïdes selon les champs, éléments situés dans un stroma, tantôt lache et mucoïde, tantôt dense.

Evolution

Suites opératoires banales. Perdu de vue le 28/7/1962.

OBSERVATION N° 11

Madame P..... Vincente - 74 ans (HOTEL DIEU)

Première manifestation

En Mars 1966 - Epistaxis droite se répétant durant quelques jours.

Première consultation

En Mars 1967 : une grande épistaxis necessite l'appel du médecin de garde puis une consultation dans un service spécialisé. A l'examen, la fosse nasale droite est complètement bloquée en avant par une tumeur polypoïde, ferme, sillonnée de petits vaisseaux. La fosse nasale gauche est normale. La rhinoscopie postérieure est normale.

Biopsie très hémorragique.

Histologie (Dr BONNEAU)

Tumeur mixte des glandes muqueuses avec évolution cylindromateuse.

Traitement

Le 4/4/1967 : intervention par voie de Rouge-Denker. La tumeur, bien visible, est développée au niveau de la cloison cartilagineuse. On enlève la tumeur, et la cloison attenante est réséquée au bistouri électrique en passant au large en zone saine.

2ème Histologie

Tous les aspects d'un cylindrome avec dystrophie osseuse sans envahissement tumoral.

Evolution

Suites opératoires bégnines.

18/5/1967: Parfait état local et général.

OBSERVATION N° 12

Monsieur A..... Michel (HOPITAL NORD)

Première manifestation

Polypose nasale ancienne avec ablation de polypes de la fosse nasale droite en 1936 et 1955.

Première consultation

En Mars 1960 pour obstruction nasale droite avec saignements. A l'examen, la fosse nasale est comblée dans sa partie antérieure par un polype d'aspect banal. En cours d'ablation l'opérateur se rend compte que le pédicule est implanté sur la cloison et demande un examen histologique de la pièce.

Histologie

Fibromyxosarcome.

Traitement

Le 21/4/1960 : intervention par voie de Rouge-Denker. Résection au bistouri électrique de la base d'implantation du polype, enlevant le socle ostéo-cartilagineux.

Radiothérapie complémentaire : 7.500r par trois champs en 14 semaines . Au bout d'un an : parfait état local et général.

Evolution

Novembre 1962 : reprise de l'obstruction nasale et épistaxis modérées. A l'examen, tumeur comblant les deux fosses nasales mais ne semblant pas adhérer à leurs parois. La radiographie montre un envahissement de la région postéro-supérieure du sinus maxillaire droit. Il n'y a pas d'adénopathie.

2ème traitement : 12/11/1962; intervention après incision paralatéro-nasale droite. La récidive s'est développée dans la région ethmoïdo-maxillaire érodant la moitié interne du plancher orbitaire et la partie antérieure de l'os planum. Résection des super-structure et mésostructure maxillaires droites et de la cloison restante.

2ème Histologie (Dr LIEUTAUD)

Sarcome fibro-blastique. Bonnes suites opératoires, malade suivi régulièrement.

5/10/1963 - Récidive au niveau de la paroi externe du sinus-maxillaire droit.

Toujours pas d'adénopathie.

Le 23/10/1963 : électro destruction large de la tumeur et de sa base d'implantation.

Dans les suites immédiates : généralisation brutale avec paralysie récurrentielle gauche, oedème des membres inférieurs, chute de l'état général.

Il s'agit en fait d'une métastase pulmonaire.

Exitus le 15/1/1964.

chapitre I.

INTRODUCTION

DEFINITION

Par tumeur maligne de la cloison nasale nous entendons toute tumeur maligne dont le point d'origine peut être localisé dans l'un des tissus constitutifs du septum nasal.

Nous éliminons ainsi les tumeurs issues du proche voisinage et gagnant le septum, ainsi qu'un certain nombre de tumeurs dont l'origine septale possible ne peut être affirmée, l'une ou l'autre origine étant également plausible. Ce faisant, nous nous mettons en accord avec LEROUX-ROBERT et ENNUYER qui, sur 104 tumeurs des fosses-nasales et des sinus, ne relèvent qu'une lésion septale, signalant par ailleurs 6 cancers ethmoïdo-septaux et 2 cancers du rebord alvéolaire remontant sur la cloison.

HISTORIQUE

A la suite de BLAZY puis LEQUERRE, il est classique de citer la description d'Hippocrate ; dans la traduction de LITTRE (Tome II, Des Maladies - Livre II, page 285) il est dit, en effet, au chapitre des polypes du nez ".... Autre : sur le côté du cartilage, à l'extrémité, naissent des espèces de cancers : il faut brûler tout cela ; après la cautérisation, saupoudrer d'ellébore. Quand tout est consumé, mondifiez avec la fleur de cuivre dans le miel ; achevez la guérison avec le plomb".

Il est remarquable que même la méthode thérapeutique soit encore d'actualité, seuls les moyens techniques employés pour ce faire ayant été modernisés.

Par la suite, CELSE, Ambroise PARE, GLANDORP citent des tumeurs nasales mais dont l'origine précise n'est jamais définie.

La véritable histoire de ces cancers ne commence qu'au XIXème Siècle avec l'essor de la médecine clinicienne et l'utilisation du microscope. BOUHEBEN, en 1873, fait une belle description d'épithelioma évolué depuis deux ans, avec adénopathies sous-maxillaires, traité par résection de cloison et curage ganglionnaire.

Sur la fin du siècle nombre de thèses, ou de publications, sont axées sur les tumeurs septales ; nous citerons :

-CALMETTES & CHATELIER, 1887 ; Les Fibrosarcomes de la Cloison,

-d'AGNANO, 1893 : Contribution à la Statistique des Sarcomes de la Cloison et des Fosses nasales,

-GOUGENHEIM & HALEVY, 1893 : Cancer de la Cloison Nasale,

-BLAZY prend la cloison comme sujet de thèse ; il note au passage que les épistaxis ont, dans ce cas, une réputation bien surfaite mais qu'une sensation de'ballotement, de grelot intrasanal" est un signe précieux, dotant ce cancer d'une sonnette d'alarme incorporée.

Jusqu'à la guerre de 39-45, les publications se poursuivent régulièrement mais deux publications se hissent au-dessus du lot :

-GOUGENHEIM & HALEVY, déjà cités

-SAKON en 1932

A partir de 1945, d'assez nombreuses observations sont publiées mais les études synthétiques restent rares.

LOMPARD publie la série la plus importante avec les observations bien détaillées des dix neuf cas relevés à LYON.

PONCET reprend les cas de LOMPARD et y ajoute sept autres cas pour une étude d'ensemble.

MARCHANT fait une classification anatomo-clinique des épithelioma.

Citons également WARD & HENDRICKS et, récemment, DEUTSCH qui, à propos d'un cas personnel, passe en revue les vingt sept cas qu'il retrouve depuis 1900 dans une littérature il est vrai presque exclusivement anglo-saxonne.

BARBIERI fait une étude des tumeurs mixtes des fosses-nasales relevant cinq implantations septales.

M. VINCENT du LAURIER relève sept autres cas y ajoutant une observation personnelle.

GUERRIER & ORIOL font une parfaite mise au point sur les mélano-sarcomes.

Enfin dans un domaine liminaire nous nous devons de citer LEROUX-ROBERT & ENNUYER et leur importante publication à propos de cent quatre cas de tumeurs naso-sinusiennes.

IMPORTANCE ET LIMITES DU SUJET

Nous avons cherché à faire une étude statistique, relevant les cas publiés dans les vingt cinq dernières années.

Nous nous sommes limité à cette période car il nous est apparu que, remonter plus loin dans le temps, nous aurait conduit à citer des méthodes thérapeutiques peu en usage de nos jours ; quant à une période plus brève, si elle pouvait présenter l'avantage d'actualiser les cas et les thérapeutiques, elle aurait eu l'inconvénient majeur de raréfier à l'extrême les observations. C'eut été alors refuser toute possibilité d'étude statistique car, même dans l'étude des tumeurs rares, la statistique reste la loi des grands nombres.

En outre, choisissant 1945 comme point de départ, nous explorons uniquement l'après-guerre, période où l'évolution des idées et des techniques s'est faite sans discontinuité ni bouleversement profond.

Nous avons enfin également limité le sujet excluant les tumeurs mélaniques sur lesquelles rien n'est à dire depuis l'excellent travail de MM. GUERRIER & ORIOL.

OBSERVATIONS Publiées en 25 ans		E O A			S			T G			Remarques
Auteurs	DATE	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	
OWENS	.1946				1	1					
SHARP	1947	1	1								
CRABBE	1949							1			
CAPPS (	1950	5	4	1							71 cas FN sinus
WILLIAMS (	-	5	3	2							(a)
LEROUX ROBERT	1951	1	1								104 cas FN sinus
AMATI	1952				1						
GABRIEL	-							1		1	
GIGNOUX	-	Repris par LOMPARD									
LAWSON	-				1						
BOURGEOIS	1955	1	1								(b)
GIGNOUX	1955	(LOMPARD)									
JAY					1		1				
ACHARD	1956	(1)	(1)								métastase(K2)
HIRONO-KOTANI	-	1	1								
LAWSON	-				1						
LOMPARD	-	13	9	4	1		1	1		1	
MAYOUX	-	(Obs. N°10 LOMPARD)									
HANKEY	1957				1		1				
LARGER	-	1	1								
LAVOIE	-				1						
BALSHI	1959				1	1					
CANCIULO-MANARA.....	1959							1		1	
MADONIA-MODICA	-							1		1	
HINOJOSA	1962							1	1		
BREMOND	1963	(repris dans notre série)									
CASTELLAIN	-	(---------d°---------)									
KATO	-							1			
ROGERS	-	1	1								
BERARD	1964	3	2	1							
BOURREAU	-	3	2	1	(+ obs. 1 et 2 BERARD)						
GRANDI	-				1	1					
PONCET	-	2	1	1	3	2		2	1	1	
VINCENT du LAURIER	-							1			
BARBIERI	1965	(Reprise 33 obs. FN dont GABRIEL & HINOJOSA)									
BEL-KAHIA	-	(voir LOISEAU)									
DOUVIER	-	(obs. N°3 BOURREAU)									
LOISEAU	-	3	2	1							
DEUTSCH	1966	1	1								
MARSEILLE	1970	9	9		1	1		2	1	1	
		50	39	11	14	6	3	12	3	6	= 76

(a) - 11 K. orificiels dont 5 explicitement septaux, et 1 non septal

(b) - 3 K. vestibulaires dont 1 seul décrit comme atteignant la cloison.

chapitre II.

ANATOMIE .

A - GENERALITES

Formation anatomique de forme trapézoïdale, impaire, sagittale et médiane à l'état normal, la cloison, placée entre les deux fosses-nasales, les sépare sur toute leur longueur des orifices narinaires aux choanes et, sur leur hauteur jetée en pont du plancher à la lame criblée, unissant le palais dur à la base du crâne.

Fondue dans l'ensemble indissociable que forme anatomiquement, physiologiquement et par sa pathologie, l'appareil naso-sinusien, elle s'individualise en son sein, par ses particularités anatomiques et toute une pathologie qui lui est propre.

B - ANATOMIE DESCRIPTIVE

C'est un puzzle ostéo-cartilagineux, tapissé de muqueuses.

I - Le squelette

Irrégulièrement trapézoïdal, il est formé de deux lames osseuses, lame perpendiculaire en haut, vomer en bas et en arrière, formant en avant un angle comblé par le cartilage quadrangulaire.

a)- La lame perpendiculaire

Mince, fragile, elle forme la partie inférieure de la lame verticale de l'ethmoïde, sous la lame horizontale criblée.

Elle présente à l'étude quatre bords et deux faces.

- Les faces :

Planes, elles sont marquées à leur partie supérieure de sillons et canalicules dessinant une arborescence où se logent les filets du nerf olfactif.

- Le bord supérieur :

Frontonasal, se continue avec l'apophyse crista-galli, au-dessus de la lame criblée.

- Le bord inférieur ou vomérien :

Oblique en bas et en avant, s'unit aux deux lèvres du bord correspondant du vomer.

- Le bord antérieur :

grossièrement perpendiculaire au bord antérieur du vomer, il s'articule du haut en bas avec l'épine nasale du frontal, les os propres, le cartilage quadrangulaire, ce par engrènement.

- Le bord postérieur ou sphénoïdal :

s'articule avec le bord antérieur du corps du sphénoïde.

b)- Le vomer

Parallélogramme osseux, mince, s'épaississant sur ses bords, il est parfois pneumatisé.

- Le bord inférieur :

rugueux, s'insère dans une rainure des apophyses palatines des maxillaires supérieurs en avant, des lames horizontales des palatins en arrière.

- Le bord supérieur

sphénoïdal, reçoit la crête du sphénoïde dans une gouttière, formant ainsi le canal sphéno-vomérien.

-Le bord postérieur

choanal, libre, mince et tranchant.

- Le bord antérieur est chondro-ethnoïdal

oblique en bas et en avant jusqu'à l'épine nasale antérieure, il s'articule en haut avec le bord postérieur de la lame perpendiculaire, en bas avec le cartilage quadrangulaire.

c)- Le cartilage quadrangulaire

Clé de voûte de l'auvent fibro-cartilagineux, son bord antéro-supérieur s'articule le long de l'arrête nasale avec les cartilages triangulaires, tandis que son bord postéro-inférieur se loge dans un sillon du bord antérieur du vomer, le bord postéro-supérieur s'articulant avec la lame perpendiculaire, le bord antéro-inférieur, allant de l'épine nasale au dos du nez, est prolongé en avant par la sous-cloison.

d)- Les cartilages alaires

Par l'accolement dos à dos des crus mésiale, forment le squelette de la sous-cloison.

e)- Les cartilages vomériens de HUSCHKE

Petites formations cartilagineuses glissées entre le vomer et le cartilage quadrangulaire.

II - Les tissus de recouvrement

a)- La muqueuse pituitaire

Elle recouvre la presque totalité de la cloison s'unissant au périoste et au périchondre pour former une fibro-muqueuse dont l'épaisseur varie de un à deux millimètres.

Elle tapisse tout le squelette, en continuité sur les bords avec la pituitaire du reste des fosses-nasales. Elle se réfléchit sur le bord postérieur, passant d'une face à l'autre.

Elle prolonge en avant le revêtement cutané du vestibule et de la sous-cloison.

Elle est entièrement décollable.

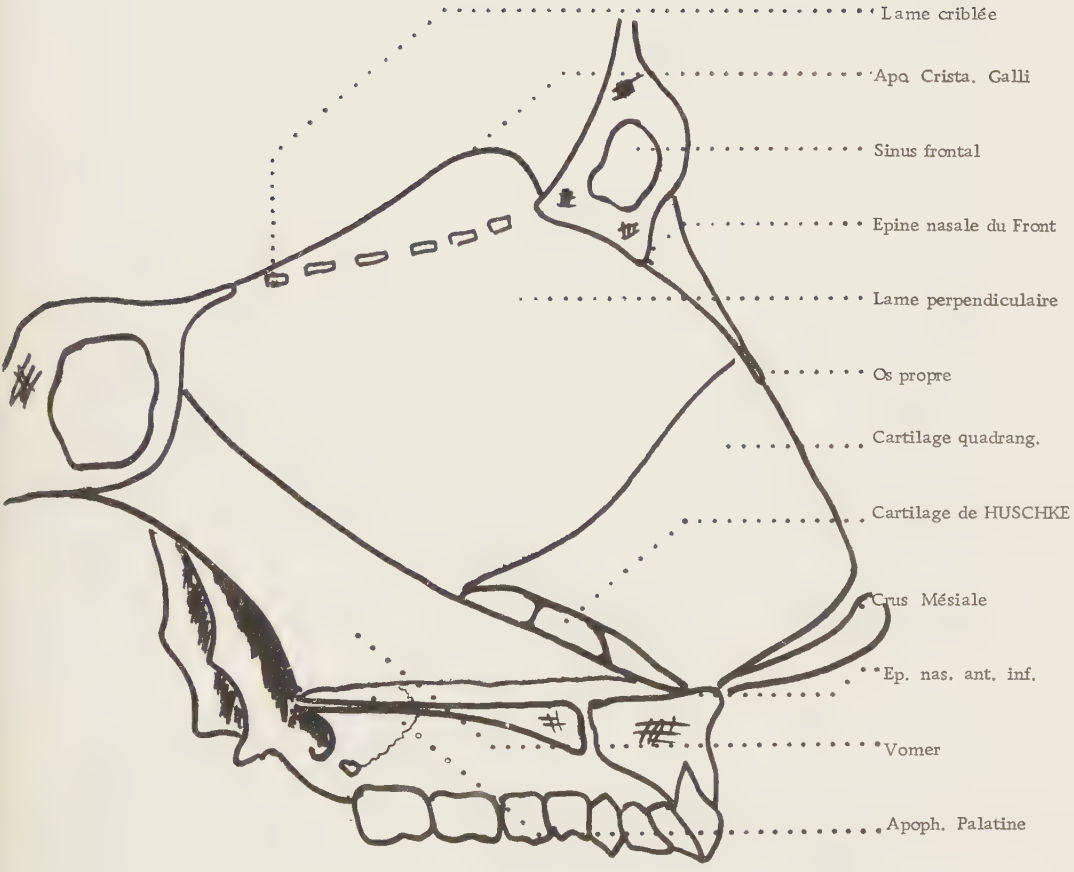
A l'étude histologique, elle se présente en quatre niveaux.

- Epithelium - Prismatique, cilié, il est classiquement pluristratifié (DUBREUIL).. Les auteurs modernes nient cette pluristratification qui, pour eux, (EGGSTON & WOLF) ne serait qu'une disposition étagée des noyaux dans une assise de cellules uniques.

Cet épithélium est composé de deux types cellulaires :

- les cellules caliciformes, représentant 20 % du total, sont muco-secrétantes,
- Les cellules ciliées portent à leur partie supérieure : une cuticule, des cils mobiles et des villosités au rôle encore mal élucidé.

- La membrane basale - Anhiste, séparant l'épithélium du chorion, elle est d'origine discutée : collagène pour PIETRANTONI, elle serait épithéliale pour FREDERICI.



Squelette ostéo-cartilagineux et rapports périphériques
(d'après L. TESTUT)

- Le chorion - s'étendant de la membrane basale au périoste, il comprend lui-même trois couches :

-La couche superficielle, fibrocellulaire, contient de nombreux fibrocytes, entre les mailles de fibres collagènes et élastiques, ainsi que des cellules migratrices : lymphocytes, plasmocytes, mastocytes, dans une substance fondamentale à base de mucopolysaccharides.

-La couche moyenne glandulaire contient des glandes tubulo-acineuses, simples ou ramifiées, dont le canal excréteur traverse la couche épithéliale et s'abouche en surface. Les acini sont à base de cellules séreuses et muqueuses.

-La couche profonde caverneuse contient de vastes lacs veineux capables de vasodilatation active. Cette couche est ici beaucoup moins caractéristique que sur les cornets.

- Le périoste - tissu conjonctif fibreux organisé en fibres parallèles, il est, nous l'avons vu, entièrement décollable au niveau de la cloison.

b)- Le revêtement cutané de la columelle

La face inférieure de la columelle, et sa paroi externe sur les dix à quinze millimètres de hauteur correspondant au vestibule narinaire, sont revêtus de peau qui continue celle du dos du nez et de la lèvre supérieure.

Cette peau possède des poils ou vibrisses, des glandes sébacées et sudoripares. Au niveau de l'orifice supérieur des narines, elle se continue avec la pituitaire. Cette transition s'effectue brusquement, la peau se dépouille de ses poils et des glandes sébacées, les cellules cornées disparaissent, les cellules basales deviennent superficielles et prennent l'aspect cilié des cellules pituitaires.

c)- La muqueuse olfactive

Elle recouvre 1,3 centimètres carrés de cloison au-dessus du méat supérieur. Epithélium sensoriel, elle présente trois types de cellules :

- cellules basales
- cellules olfactives de SCHULTZE
- cellules de soutien épithéliales

Son chorion, épais, est peu vasculaire.

Les glandes sont tubulaires et présentent des granulations pigmentaires qui donnent à la muqueuse son aspect jaune caractéristique.

III - La vascularisation

a)- les artères

Le système artériel est issu de trois pédicules :

- L'artère Nasopalatine

Branche interne de terminaison de l'artère sphéno-palatine, elle est l'artère principale de la cloison. Elle se dirige en haut, en arrière et en dedans jusqu'au bord postérieur du vomer, puis va en avant et en bas parallèle au bord antérieur du vomer. Elle donne deux collatérales : l'artère nasale supérieure et, l'artère septale postérieure.

- Les artères Ethmoïdales

L'ethmoïdale antérieure se distribue à la partie antéro-supérieure de la cloison.

L'ethmoïdale postérieure donne quelques rameaux à la partie toute supérieure de la cloison.

- L'artère de la sous-cloison

Née du cercle péri-bucal à la jonction des artères coronaires supérieures, elle se distribue à la sous-cloison et à la partie toute antérieure de la cloison.

Toutes ces artères et leurs branches cheminent dans un plan profond formant un réseau anastomotique dont partent les artères hélicidines qui traversent le chorion vers l'épithélium, artères fonctionnelles avec shunt et dispositif de bloc neuro-musculaire.

Ce système artériel présente des anastomoses avec les systèmes artériels voisins par l'intermédiaire de ses branches.

D'autre part, il existe à un centimètre en arrière de l'épine nasale antéro-inférieure une zone où se réunissent les terminaisons des artères naso-palatine, ethmoïdale antérieure, palatine supérieure et de la sous-cloison : c'est la tache vasculaire de KISSELBACH.

Enfin, l'artère naso-palatine, par l'intermédiaire de la maxillaire interne, et l'artère de la sous-cloison par l'intermédiaire de la faciale, font partie du système carotidien externe, alors que les ethmoïdales proviennent du système carotidien interne ; il existe donc, au niveau du septum, une anastomose entre les deux systèmes carotidiens.

b)- Les veines

Le réseau d'origine serait disposé en cinq plans d'après BURNHAM.

-Superficiel : sous-épithélial, formé de capillaires veineux en réseau,
-Caverneux superficiel,
-Caverneux profond,
-Sous périosté,
-Intra-osseux.

Ces réseaux aboutissent en arrière aux veines palatines, en avant aux veines angulaires ; le réseau profond se draine dans des veines satellites des artères.

c)- Les lymphatiques.

Décrits par SIMON en 1859, SAPPEY en 1874, ils firent l'objet de la thèse d'ANDRE en 1905, à qui nous avons emprunté l'essentiel de ce qui suit.

- Le réseau d'origine

Ténu, à mailles très fines, d'orientation générale antéro-postérieure, chorionique, juxta-épithélial, il est très nettement divisé en un territoire olfactif présentant des anastomoses méningées, et en un territoire respiratoire qui communique en avant avec les lymphatiques de la peau de la sous-cloison, en arrière avec le côté opposé de la cloison et la face postérieure du voile.

- Les voies efférentes

-Une voie antérieure ou accessoire

Constituée de un à trois troncs, elle draine le tiers antérieur de la cloi-

-son ; satellite de la veine faciale, elle aboutit aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux profonds.

- Une voie postérieure ou principale

Elle passe par la partie basse de la cloison et va rejoindre, en arrière de l'orifice pharyngien de la trompe, le hile lymphatique des fosses-nasales d'où partent trois groupes de collecteurs :

= Collecteurs Supérieurs :

Trois à quatre troncs de direction presque horizontale, sous la base du crâne, vont se terminer dans le ganglion retro-pharyngien latéral et le ganglion supérieur de la chaîne jugulaire interne.

= Collecteurs moyens :

Deux troncs obliques en bas et en arrière aboutissant au ganglion sous-digastrique.

= Collecteurs inférieurs :

Presque verticaux, vont en bas et en arrière et se terminent dans les ganglions de la chaine jugulaire interne au-dessous de la bifurcation carotidienne.

IV - L'innervation

Elle est sensitive par des branches du nerf trijumeau :

- nerf nasal antérieur en haut
- nerf naso-palatin en bas

Elle est olfactive à la partie toute supérieure, où la tache olfactive déborde sur la cloison qui à ce niveau n'est plus recouverte de muqueuse respiratoire mais olfactive.

Elle est secrétoire et vasomotrice :

contingent para-sympathique provenant du ganglion sphéno-palatin

contingent sympathique provenant du ganglion cervical supérieur.

C - ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Les rapports de la cloison conditionnent l'extension des néoplasies qui se fera vers :

-les fosses nasales

les plans superficiels

les sinus

l'orbite

l'encéphale

le plancher des fosses nasales

De par sa situation et sa direction, le septum très superficiel en avant, s'enfonce très profondément dans le massif facial en haut et en arrière.

I - Rapports des bords

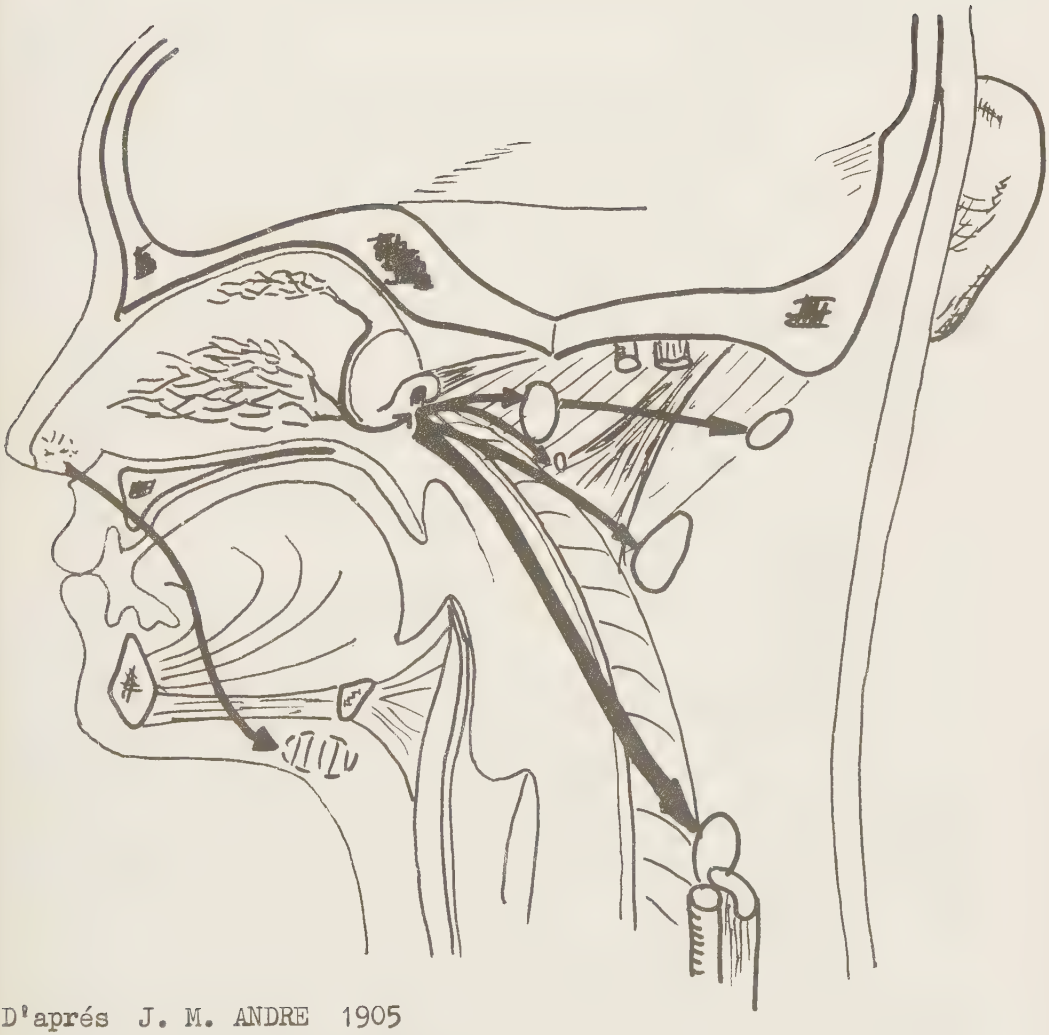
a)- Bord inférieur

En relation d'avant en arrière avec l'épine nasale antéro-inférieure, le massif incisif au niveau duquel les racines incisives sont en rapport très étroit avec la cloison (TERRACOL), puis la voûte palatine osseuse et, par son intermédiaire, la cavité buccale (signes d'appel buccaux).

b)- Bord postérieur

Libre, tranchant, forme la paroi interne du canal choanal.

- VOIES LYMPHATIQUES-



D'aprés J. M. ANDRE 1905

c)- Bord supérieur

D'avant en arrière, il entre en rapport avec : l'épine frontale, la lame criblée et, par son intermédiaire, l'encéphale : méninges adhérentes à l'os, bulbes olfactifs et lobes frontaux. Plus en arrière, le corps du sphénoïde contenant le sinus sphénoïdal et, à travers lui, l'hypophyse, le sinus caverneux ses parois et son contenu, le chiasma optique.

d)- Bord antérieur

Forme l'arête nasale ; c'est, de dedans en dehors, la voie d'extériorisation des lésions, c'est aussi une des voies d'abord chirurgicales.

II - Rapports des faces

a)- Les fosses nasales qu'une lésion exophytique aura tendance à combler.

b)- A travers elles, leur paroi externe avec :
- le système turbinal
- les meats
- les orifices des sinus

c)- Plus à distance, l'orbite, les sinus.

D - ETUDES SYNTHETIQUES

I - Conception anatomo-chirurgicale

Arc-boutant central des fosses nasales, la cloison peut être divisée par une verticale XY menée de l'épine nasale antérieure, en deux zones :

. Une zone antérieure, soutien obligatoire de l'auvent nasal

. Une zone postérieure, non indispensable mécaniquement

II - Conception fonctionnelle

La division se fait ici à l'intersection du plan horizontal du méat supérieur en une partie inférieure respiratoire et une partie supérieure olfactive et respiratoire accessoire.

III - Conception anatomo-carcinologique

a)- La cloison haute osseuse représentant les deux tiers postéro-supérieurs. Elle est profonde, d'examen et d'abord difficiles, au contact de la base du crâne et proche voisine des orifices sinusaux.

Une tumeur née à ce niveau sera peu parlante au début et envahira précocement les sinus et l'endocrâne. Le diagnostic en sera tardif et la thérapeutique difficile.

b)- La cloison antéro-inférieure

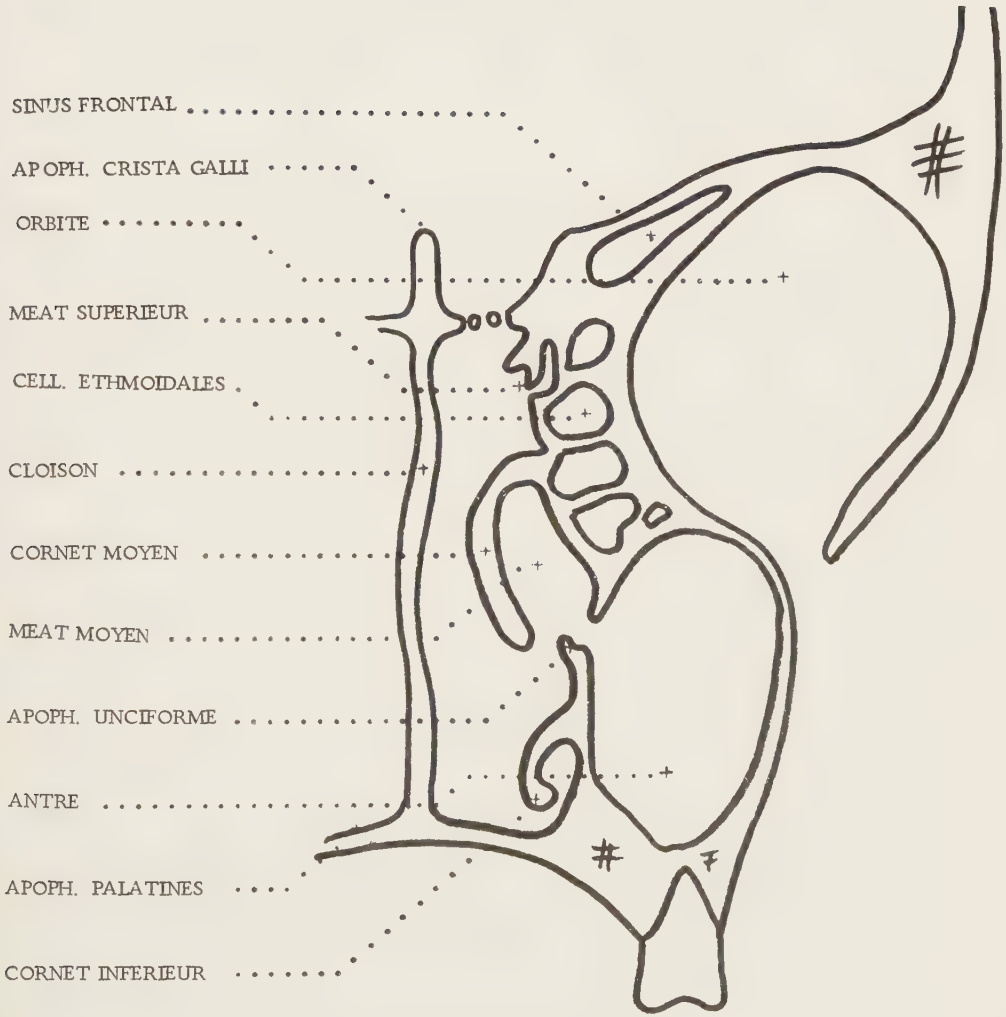
Cartilagineuse, plus superficielle, plus abordable bien que cachée par l'auvent nasal, elle est facilement visible par simple rhinoscopie antérieure.

Une néoplasie à ce niveau sera longtemps localisée à la cloison, donnera une symptomatologie fonctionnelle assez précoce ; facilement découverte par un examen, son abord pourra se faire par les voies naturelles ou par de simples incisions peu délabrantes.

c)- La sous-cloison

Directement visible par le malade lui-même.

Revêtue de peau et non plus de muqueuse, dotée d'un système lympha-



Coupe transversale des fosses nasales par le plan de la première molaire
(d'après L. TESTUT . Anatomie Humaine)

tique indépendant.

Une tumeur à ce niveau sera vue très tôt mais son diagnostic toutefois risquera d'être retardé par la fréquence des lésions infectieuses avec lesquelles on pourra la confondre. Son évolution locale sera facilitée par la présence de plans de clivage qui ouvrent la voie à des trainées néoplasiques vers la lèvre supérieure, le rebord narinaire, le plancher vestibulaire et la pointe nasale.

Enfin, au problème fonctionnel et vital que pose tout traitement de cancer, s'ajoute ici un problème esthétique qui, si possible, fera choisir des thérapeutiques peu délabrantes.

E - CONCLUSIONS

a)- Incidence étiologique

Des néoplasies peuvent naître des différents tissus constitutifs, ce qui laisse prévoir des épithélioma, des tumeurs glandulaires, des tumeurs conjonctives et à cellules sanguines, des tumeurs nerveuses, enfin pour mémoire des tumeurs mélaniques.

b)- Incidence clinique

Intégrée aux fosses nasales, la cloison participe à ses fonctions de respiration, d'olfaction, et de défense.

Sa vascularisation et son innervation sont riches.

La présence d'une tumeur pourra donc engendrer des troubles à types :

Obstruction
Anosmie
Infection
Hémorragie
Douleur

c)- Incidence évolutive

Fréquence des évolutions bilatérales, le point de départ étant médian.

Trois types d'évolution selon le siège :

- Tumeurs hautes, évoluant en haut vers la base du crâne, les sinus et l'orbite,
- Tumeurs basses, longtemps localisées, elles évoluent ensuite vers le plancher, la paroi externe des fosses nasales et l'arête nasale,
- Tumeurs de la sous-cloison, évoluant vers la lèvre supérieure, la pointe du nez, le pourtour narinaire.

d)- Incidence therapeutique

-Voies d'abord - Par les voies naturelles
- Incision naso-genienne à la HAUTANT,
- Incision para-latéro-nasale type SEBILEAU éventuellement élargie par résection osseuse,
- Incision sous-labiale type ROUGE-DENKER,

- Influence du site anatomique sur le choix thérapeutique

Les lésions hautes, peu accessibles aux rayons, seront plus volontiers chirurgicales dans la mesure où l'envahissement précoce des formations avoisinantes ne contrindi-

quera pas une telle thérapeutique.

Les lésions moyennes sont accessibles à toute thérapeutique y compris la physiothérapie peropératoire.

Les lésions inférieures posent, nous l'avons vu, le problème des délabrements thérapeutiques et éventuellement sont l'indication d'une chirurgie plastique et reconstructive.

---

chapitre III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE & EVOLUTION ANATOMIQUE

Parmi les tumeurs du septum nasal on décrit, nous l'avons vu, des tumeurs :

- épithéliales
- conjonctives et sanguines
- glandulaires
- diverses, plus rares

Les différentes catégories histologiques ont une individualité suffisante pour que nous adoptions pour ce chapitre une division d'emblée histologique.

A - LES CARCINOMES EPIDERMOIDES

I - Etude macroscopique

a)- siège

On oppose classiquement des formes hautes et basses :

-Hautes, c'est-à-dire développées au niveau de la cloison osseuse, elles se présentent comme des tumeurs profondes évoluant de façon précoce et graves vers les régions avoisinantes. Elles ne sont qu'exceptionnellement dépistées à un stade permettant l'identification formelle de leur point de départ.

"Il est impossible dans la plupart des tumeurs atteignant à la fois "l'ethmoïde et le tiers postero-supérieur de la cloison, de recon- "naitre la formation anatomique qui leur a donné naissance." (LEROUX-ROBERT)

-Basses, c'est-à-dire liées à la portion septale cartilagineuse, il s'agit ici de tumeurs plus accessibles mais relativement cachées par l'auvent nasal, douées d'une assez grande latence clinique car à distance relativement grande des formations voisines. Aussi ne seront-elles diagnostiquées qu'après plusieurs mois d'évolution infra-clinique.

- Il convient actuellement, se basant sur des critères anatomiques, cliniques, histologiques, et thérapeutiques, d'isoler en un troisième groupe les tumeurs de la sous-cloison nasale caractérisées par :
  - une origine cutanée s'opposant à l'origine muqueuse des épithélioma nés sur le reste de la cloison.
  - Une évolution directement accessible au regard ; le diagnostic peut hésiter et même parfois longtemps errer entre diverses affections inflammatoires, mais la lésion, elle, est toujours évidente.
  - sur le plan thérapeutique nous avons vu qu'aux impératifs carcinologiques et fonctionnels viennent ici s'ajouter des exigences cosmétologiques.

b)- Forme

- Tumeurs végétantes -

Il s'agit de formations exophytiques de taille variable, généralement de consistance peu ferme, charnues, saignant facilement au contact, friables, partiellement nécrosées et infectées, se développant dans la lumière d'une fosse nasale.

- Tumeurs ulcérantes -

Souvent masquées par des croûtes qu'il conviendra de déterger soigneusement pour apprécier les caractères de l'ulcération sous-jacente ; elles pourront être :

typiques, à bords surélevés et fond granuleux,
Il pourra s'agir d'une simple fente longitudinale,
Elles pourront enfin se présenter comme une large perforation où seul l'aspect de l'un des bords pourra aiguiller le diagnostic vers une lésion maligne.

Des lésions de toutes tailles peuvent se voir, de la petite ulcération en coup d'ongle, à l'ulcère de grande taille débordant sur le plancher, la sous-cloison et s'étendant loin en arrière.

- Tumeurs infiltrantes -

Rarement isolée, l'infiltration, plus encore que l'ulcération, risque de faire errer le diagnostic ; surtout bien mise en évidence au niveau de la sous-cloison, elle se glisse en coulées le long des plans de clivage vers la pointe nasale, le plancher, la lèvre supérieure, donnant à la lésion néoplasique, selon son étendu, l'aspect d'une folliculite ou d'une staphylococcie grave.

- Le plus fréquemment, la tumeur associera les différents aspects macroscopiques par ulcération d'une lésion exophytique, bourgeonnement des berges d'une ulcération ou nécrose d'une tumeur infiltrante donnant des aspects mixtes :
  - ulcéro-végétant
  - ulcéro-infiltrant
  -végétant et infiltrant
  - associant les trois aspects

c)- Extension

- Locale -

En surface , l'extension se fait en tache d'huile aboutissant à des lésions à cheval sur cloisons hautes et basse ou cloison et sous-cloison.

En épaisseur, les lésions exophytiques tendent à combler la fosse nasale ; les lésions ulcérantes et infiltrantes atteignent et dépassent le squelette ostéo-cartilagineux, aboutissant à une bilatéralisation des lésions et des signes, et, par nécrose, à des pertes de substances pouvant aller du trou d'aiguille à la perforation subtotale.

- Locorégionale -

En bas, elle se fait vers le plancher, le vestibule narinaire, le bloc incisif, la lèvre supérieure et la voûte palatine (signe du dentier).

En avant, extériorisation clinique et tumorale par atteinte de l'auvent nasal :

- d'abord disjonction des os propres
- puis atteinte et lyse des os
- enfin envahissement cutané.

En haut, l'évolution vers la base du crâne, qui est de règle dans les formes hautes, peut se voir dans des lésions moyennes ou basses, atteignant successivement la lame criblée, la dure-mère qui oppose à la lésion une résistance solide mais temporaire, puis ce barrage franchi, l'encéphale et les nerfs craniens.

En dehors, la lésion évolue vers les fosses nasales puis, à travers elles, leur face externe, les méats et les sinus dont l'atteinte radiologique peut être liée à un envahissement tumoral mais peut aussi être due à des troubles de la ventilation des sinus par blocage des méats.

Continuant à évoluer, la tumeur peut atteindre l'orbite, son contenu et son apex provoquant des troubles visuels ou des syndromes neurologiques tels:

- le syndrome de la fente sphénoïdale,
- le syndrome de l'apex orbitaire,
- des paralysies isolées de nerfs moteurs oculaires,
- des névralgies.

Les évolutions supérieures et externes font rapidement perdre leur individualité au cancer qui entre alors dans le cadre des cancers ethmoïdo-maxillaires.

- Lymphatique -

Loin d'être exceptionnelle puisque une adénopathie est découverte au premier examen dans 6 % des cas relevés. Si l'on ajoute à ceux-ci cinq autres cas ayant fait une récidive ganglionnaire, on porte à 16 % la proportion de tumeurs épithéliales ayant eu une évolution lymphatique.

Les gites ganglionnaires atteints sont, comme l'anatomie le laisseit prévoir, sous-maxillaire et jugulaire. Il existe des évolutions bi-latérales ; l'atteinte primitive contro-latérale a été signalée.

- Métastases -

Intracraniennes, elles peuvent se produire par continuité ou par voie lymphatique et limitent rapidement les possibilités thérapeutiques.

Générales, paraissent toucher le poumon.

Cutanées : dans deux des cas relevés, les auteurs signalent une atteinte diffuse de la peau cervico-faciale.

II - Etude Microscopique

a)- carcinomes épidermoïdes

Développés indifféremment aux dépens de la muqueuse ou de la peau columellaire, on les subdivise selon le degré et le mode d'évolution épidermoïde en :

- Carcinomes malpighiens différenciés matures (Spinocellulaires) ou épidermoïdes vrais de type cutané :

Agencés en lobules qui reproduisent les différents plans du revêtement cutané pour aboutir en leur centre à une zône d'orthokératose (squames cornés sans vestiges cellulaires), ou de parakératose (persistance de vestiges nucléaires).

- Carcinomes malpighiens différenciés immatures (Intermédiaires), dont les lobules se disposent en travées cellulaires compactes, leurs caractères épidermoïdes étant nets mais sans images de kératinisation.
- Carcinomes malpighiens indifférenciés : l'image pathologique est ici beaucoup moins évocatrice d'une lésion épidermoïde ; les éléments rappellent les cellules de l'assise basale ; ce cancer est identique au carcinome basocellulaire décrit sur la peau, dont il partage le potentiel évolutif relativement favorable (rareté des récidives, absence de métastases à distance).
- L'éventualité de carcinomes malpighiens dédifférenciés ou anaplasiques et de carcinomes dysplasiques (éventuellement dyskératosiques), doit être retenue; le premier groupe réalise des structures très peu évocatrices d'une tumeur malpighienne, le second comporte des images plus organoïdes, tout en étant atypiques, soit par l'agencement des cellules, soit dans les modalités de leur maturation kératosique (dyskératose).

B - LES TUMEURS D'ORIGINE GLANDULAIRE

Elles se distinguent en trois types :

I - Les Tumeurs Mixtes
II - Les Cylindromes
III - Les Adénocarcinomes

I - Les tumeurs mixtes

Localisation septale d'un processus qui fait couler beaucoup d'encre et de salive dans sa localisation habituelle, au niveau des glandes salivaires principales, elles paraissent ici se développer à partir des glandes de la pituitaire.

Elles ont souvent un aspect mal encapsulé, en opposition avec l'aspect habituellement décrit.

Microscopiquement, rappelons qu'elles sont caractérisées par leur aspect "mixte", polymorphe, avec deux séries de composantes, l'une épithéliale, l'autre conjonctive intégrée dans un stroma particulier.

Rappelons également leur potentiel évolutif malin local, qui les a fait appeler épithélioma à stroma remanié et qui, si on ne veut hypothéquer l'avenir, en exige le traitement radical.

II - Les Cylindromes

Encore appelés adénocarcinomes à forme cylindromateuse, il convient de les distinguer des aspects pseudo-cylindromateux parfois présents dans tout ou partie des tumeurs mixtes.

On ne doit considérer comme cylindromes que des tumeurs présentant une structure cylindromateuse uniforme, avec travées de cellules cylindro-cubiques basophiles et atypies nucléaires rares voire absentes. L'architecture en est trabéculée et cordonale avec des cavités mucoïdes (corps oviformes de MALASSEZ) entre les travées cellulaires.

Ces tumeurs, plus diffuses que le type précédent, peuvent classiquement métastaser dans les os et le poumon.

BACLESSE a noté une relative radio-sensibilité de ces tumeurs et la plupart des auteurs sont d'accord pour en faire suivre l'exérèse, d'une radiothérapie

complémentaire.

III - Les Adénocarcinomes

Formés de cellules cylindriques rappelant la muqueuse et les glandes, souvent sécrétants, il sont rares et développés principalement au niveau de la partie supérieure de la cloison où ils se confondent avec les tumeurs de même type histologique d'origine ethmoïdale.

C - LES SARCOMES

I - Etude macroscopique

Il s'agit de lésions monomorphes se présentant le plus souvent sous forme de végétations massives, parfois polypoïdes, de couleur rouge plus ou moins foncé. Toutes les tailles ont été décrites, de la petite tumeur lenticulaire à l'énorme bourgeon comblant totalement les fosses nasales, des narines aux choanes.

Leur consistance, liée au type histologique, est ferme dans les chondromes par exemple, plus ou moins mollasse dans les autres types de tumeurs.

II - Etude microscopique

Malgré la multiplication à l'extrême des types histologiques possibles, nous nous bornerons à la description des formes que nous avons effectivement rencontrées.

a)- Les chondrosarcomes

Ils représentent 50 % des tumeurs conjonctives de cette localisation.

Ces tumeurs sont parfois très difficiles à distinguer du chondrome bénin et, en dernier recours, certains auteurs ne s'appuient que sur l'apparition d'une récurrence pour affirmer la malignité de certaines tumeurs.

Les chondrosarcomes sont caractérisés par la prolifération de cellules de la lignée cartilagineuse au sein d'une substance fondamentale de type chondroïde. Leur aspect est souvent polymorphe selon les champs examinés.

Ces tumeurs semblent peu métastaser.

b)- Les fibrosarcomes

Ils représentent 7 % des cas considérés ; encore appelés sarcomes fusocellulaires, ils sont constitués de fibroblastes, cellules allongées avec monstruosités nucléaires et présence éventuelle de vaisseaux intra-tumoraux sans paroi propre.

c)- Les sarcomes de la lignée hématopoïétique

- Les lymphosarcomes (14 % des cas de sarcomes de la cloison)

Formés de cellules lymphoïdes, ils se distinguent selon le degré de différenciation ou de maturation cellulaire en sarcomes lymphoblastiques et lymphocytiques, dont le trait commun est la disparition de toute architecture folliculaire ou réticulaire, remplacée par une prolifération cellulaire intense et monomorphe.

- Les réticulosarcomes (7 %)

Ils sont soit indifférenciés, à type syncitial ou histoblastique, soit différenciés ou polymorphes, revêtant volontiers un type mixte à la fois réticulocytaire et lymphoblastique.

- Les plasmocytomes (7 %)

Leur structure histologique est identique à celle des tumeurs plasmocytaires de la maladie de Kahler.

---

chapitre IV

ETIOLOGIE

De même que pour l'ensemble des tumeurs dites malignes, dans l'état actuel de nos connaissances, l'étude étiologique ne peut ici être basée que sur la constatation de certaines coïncidences qui, lorsqu'elles se reproduisent un grand nombre de fois prennent une valeur statistique.

A - ETIOLOGIE GENERALE

I - Fréquence

- Selon les auteurs, les cancers de la cloison représentent de 1 à 40 % des tumeurs des fosses nasales. Cette grande divergence ne doit pas nous étonner, certains considérant les fosses nasales dans l'ensemble de leurs parois alors que d'autres ne reconnaissent, comme cancer des fosses nasales, que ceux issus de la cloison et des cornets inférieurs.
- Par rapport à l'ensemble des tumeurs naso-sinusiennes, les auteurs suivants trouvent des tumeurs du septum dans les proportions ci-après :

LEROUX ROBERT & ENNUYER	1/104
PIQUET	2/103
BOURGUET	1/131
LOMPARD	14/5100
CROZET	0/155

Soit environ 0,32 % des tumeurs ethmoïdo-maxillaires

- Ces chiffres sont à rapprocher de la fréquence des néoplasmes naso-sinusiens rapportée à l'ensemble des tumeurs malignes :

FRAZER LEWIS	3% (sur 13.500 cas)
HENDRICKS	1%
MATTIK	0,27%
HEATLY	2%
NEW YORK INSTITUT	1,8%

Soit environ 1,6%

- Enfin pour P. ANDRE les cancers sinuso-maxillaires représenteraient environ un tiers des tumeurs de la sphère ORL
- Il semble donc en gros que les tumeurs de la cloison nasale représentent 4×10^{-5} des tumeurs en général.

Il s'agit donc là de tumeurs très rares, mais non exceptionnelles, assez rares toutefois pour que la constatation d'un cas soit le plus souvent publiée, permettant ainsi par une lente addition d'obtenir une notion de plus en plus précise du profil étiologique et clinique de cette lésion.

Nous avons relevé soixante seize cas dans les vingt cinq dernière années de publication médicale, qui nous ont donné les chiffres qui vont suivre.

II - Sexe

L'homme est nettement le plus touché avec 71% des cas masculins.

III - Age

L'âge moyen est de cinquante six ans, les âges extrêmes allant de seize à quatre vingts ans.

B - ETUDE EN FONCTION DE L'HISTOLOGIE

I - Les épithélioma : représentant 65 % des tumeurs de la cloison

a) - Sexe

L'homme est frappé électivement à 78 %

Notre série de neuf cas ne comporte que des hommes.

b)- Age

L'âge moyen d'apparition est de cinquante neuf ans, les âges au premier signe allant de seize à quatre vingts ans. Toutefois, ces chiffres donnent une représentation moins parlante qu'un diagramme, aussi avons-nous construit une pyramide des âges répartis par décades qui montre, malgré l'étalement, une très faible proportion des cas avant cinquante ans (10%), près de la moitié des cas étant groupés au cours de la cinquième décennie. Cette pyramide montre, d'autre part, une coïncidence du clocher de plus grande fréquence dans les deux sexes, la courbe paraissant plus étalée chez la femme dans le domaine des grands âges.

c)- Selon la localisation

- Les EOA de la cloison cartilagineuse

Ils représentent 64 % des épithélioma septaux en général

La fréquence masculine y est encore nette avec 71%

L'âge moyen est inchangé

Selon le type histologique on trouve

- 76 % de spino-cellulaires
- 14 % d'intermédiaires
- 10 % de baso-cellulaires.

- Les EOA de la sous-cloison

Nous trouvons pour eux 89 % de cas masculins et leur répartition décennale se fait en une courbe beaucoup moins aigüe formant un bloc massif décroissant lentement de cinquante à quatre vingts ans.

En fonction de l'histologie nous relevons :

- 64 % de spino-cellulaires
- O % intermédiaires
- 36 % baso-cellulaires

L'étude de cette répartition histologique montre l'important accroissement du groupe des baso-cellulaires, rappelant que les tumeurs de la sous-cloison sont de véritables cancers de la peau greffés sur une portion de cloison nasale.

d)- Facteurs prédisposants

Le petit nombre de cas relevés ne permet pas des statistiques irréfutables; toutefois, nous avons noté parfois la présence de lésions pré-

-Représentation graphique de la répartition des cas en fonction de l'âge des malades au 1° signe, après regroupement par décades.

-Tableau N°1 : Tumeurs septales en général

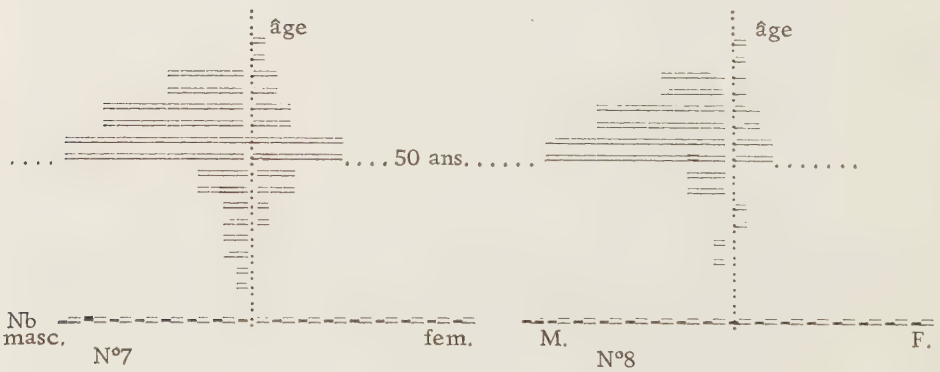
-Tableau N°2 : Epithélioma

-Tableau N°3 : EOA de la cloison cartilagineuse

-Tableau N°4 : EOA de la sous-cloison

-Tableau N°5 : Sarcomes

-Tableau N°6 : Tumeurs glandulaires.



-Répartition selon l'âge et le sexe : N°7 : Tumeurs septales en général ;
N°8 : Epithélioma.

-existantes à types :

- infections spécifiques : quatre lupus
  une gomme siphylitique
- tumeurs bégnines : 2 polyposes banales
  1 polype solitaire
- irritations mécaniques : 1 épilation vestibulaire
  1 habitude de priser
- on note avec une certaine fréquence des antécédents allergiques et infectieux banaux
- Aucune intoxication professionnelle n'a été relevée et nous n'avons pu juger d'après les publications l'importance possible des facteurs ethyl et tabac.

II - Les sarcomes

Ils représentent 19 % du total.

a)- Sexe

Ici encore il s'agit le plus souvent d'un homme (70%)

b)- Age

L'âge moyen est de quarante six ans mais la courbe de répartition ne présente aucun clocher avec étalement régulier des cas de 25 à 79 ans, ce qui est d'ailleurs le cas général pour les tumeurs d'origine conjonctive.

c)- Type histologique

Bien que tous les tissus mésenchymateux soient représentés au niveau de la cloison, nous n'y avons trouvé que 5 types de sarcomes :

- 50 % de chondro-sarcomes
- 22 % de réticulo-sarcomes
- 14 % de lympho-sarcomes
- 7 % de fibro-sarcomes
- 7 % de sarcomes plasmocytaires

d)- Facteurs prédisposants

Un des cas (H. GRANDI) serait à rattacher, pour l'auteur, à un traumatisme survenu 5 ans auparavant.

Un autre cas (H. M. JAY) avait été précédé d'une polypose histologiquement bégnine avec extraction multiples pendant 25 ans.

Aucun autre facteur prédisposant n'est signalé.

III - Tumeurs glandulaires

16 % de l'ensemble.

a)- Sexe

Un fait nouveau ici : la prédominance féminine à 66 % ce indépendamment du type histologique.

b)- Age

L'âge moyen est de 53 ans, les âges extrêmes étant 23 et 74 ans, avec ici aussi étalement des cas sur tous les âges intermédiaires.

c)- Type histologique

- 42 % de tumeurs mixtes
- 42 % de cylindromes
- 16 % d'épithélioma glandulaires

Notons également la fréquence des tumeurs mixtes localisées en dehors des glandes salivaires principales, estimée à 11,32 % (SANTUCCI & SMORLESI - 1954).

RECAPITULATIF GENERAL
ET COMPARAISON AVEC DEUX SERIES HOMOGENES

	Cas Général	LOMPARD	MARSEILLE	L + M
Nombre de cas	76	15	12	27
Age moyen	56 ans	57 ans	59 ans	
Sexe M.	71 %			
E O A	65 %	87 %	75 %	82 %
Sexe : M	78 %	69 %	100 %	81 %
F	22 %	31 %	0 %	19 %
Age	59 ans	60 ans	62 ans	61 ans
E O A Cloison	64 % de EOA	85 %	67 %	77 %
Sexe : M	71 %	64 %	100 %	76 %
F	29 %	36 %	0%	24 %
Age	59 ans			
Histo spino	76 %	82 %	50 %	71 %
inter	14 %	9 %	50 %	24 %
baso	10 %	9 %	0 %	5 %
EOA Sous cloison	36 % des EOA	15 %	33 %	25 %
Sexe : M	89 %			
F	11 %			
Age	59 ans			
Histo spino	64 %	100 %	50 %	75 %
inter	0 %	-	0 %	0 %
baso	36 %	-	50 %	25 %
SARCOMES	19 %	7 %	8 %	7 %
Sexe : M	70 %			
F	30 %			
Age	46 ans			
Histo : Réticulo S	22 %			
Chondro S	50 %			
Fibro S	7 %			
Lympho S	14 %			
Plasmo S	7 %			
T GLANDUL	16 %	6 %	17 %	11 %
Sexe : M	33 %			
F	66 %			
A g e	53 ans			
Histo TM	42 %			
Cyl	42 %			
EOA	16 %			

chapitre V

SIGNES & DIAGNOSTIC

La banalité des signes de début, leur présence dans la plupart des affections rhino-sinusiennes, le fait qu'ils peuvent être masqués par des affections induites ou intercurrentes telles que polypose ou infection naso-sinusienne, voire troubles vasculaires, explique le long intervalle qui sépare le début des manifestations cliniques de la première consultation : 11 mois en moyenne.

Les mêmes raisons s'ajoutant aux aspects souvent trompeurs des lésions et à la fréquence plus grande d'affections bégnines d'aspect voisin, font que le diagnostic est souvent tardif, en moyenne 4 mois après la première consultation, ce malgré le grand nombre de cas où la suspicion d'emblée a entraîné ce geste salutaire : la prise biopsique.

En effet, peu de signes d'examen, aucun signe fonctionnel ne sont pathognomoniques d'une tumeur septale ; le diagnostic est fait si l'on pense au cancer et seule la biopsie le confirme ou l'infirme.

Etant donné cette notion de dépistage, nous envisagerons ce chapitre clinique le plus longtemps possible sans distinction histo-pathologique, nous réservant de nuancer le diagnostic positif quand il sera fait.

A - LES SIGNES D'APPEL

I - Tumeur évidente

a)- Par son siège : épithélioma de la sous-cloison.

Evoluant directement à la vue du malade et du médecin, la tumeur de la sous-cloison, visible d'emblée, n'est pas toujours pour autant d'un diagnostic précoce.

Son début n'est jamais symptomatique mais toujours objectif, aussi faisons-nous entrer ici les signes d'examen dans le cadre des signes d'appel.

Polymorphe dans le détail, le tableau est toujours uniformément pseudo-infectieux

- Les tableaux cliniques

-Aspect de rhinite vestibulaire croûteuse

Absolument banal, cet aspect est pratiquement toujours traité comme rhinite infectieuse pendant des jours ou des mois. Aucun caractère au début n'est suspect à un examen superficiel et seuls la persistance et l'aggravation des lésions, ou un examen mené correctement, pourront faire la preuve de leur gravité.

-Aspect de folliculite

Là aussi, rien de plus banal, la présence des vibrisses rendant excusable un diagnostic de facilité

-Aspect d'infiltration pseudo-staphylococcique

Tuméfiant et tendant la columelle, la pointe nasale ou la lèvre supérieure ; pouvant en outre être partiellement infectieux, ce qui entraine sa régression partielle sous anti-biotiques et risque d'autant de retarder le diagnostic.

- La conduite de l'examen

Seul un examen bien conduit, ne se contentant pas d'un diagnostic de probabilité, pourra mettre en évidence la lésion ; pour celà, il conviendra de déterger soigneusement les fosses nasales et le pourtour narinaire, enlevant les croûtes, les secrétions et souvent les diverses pommades qui les encombrent.

On découvrira alors :

- une ulcération, le plus souvent.

Parfois typique, à bords surélevés et fond granuleux, elle sera souvent associée à une végétation marginale qui appelle la pince à biopsie. Son étendue sera parfois minime et il conviendra, pour la découvrir, d'examiner les deux côtés de la sous-cloison sans ménager d'angle mort.

- Une lésion végétante

Rarement isolée, il s'agit alors d'une petite tuméfaction sessile lenticulaire, saignant facilement.

- Dans le cas d'une infiltration, le praticien redoublera d'attention pour mettre en évidence le minuscule bourgeonnement, la petite ulcération, qui noyés dans le tableau infectieux, feront évoquer le néoplasme.

Au cas où cet examen soigneusement mené n'aura rien montré de suspect, si une biopsie pratiquée a été négative, un traitement anti-infectieux sera non seulement excusable mais utile, l'examen, quelques jours plus tard, en sera grandement facilité et permettra souvent de faire enfin le diagnostic.

b)- Par son évolution : tumeurs extériorisées

Il n'y a pas ici de problème diagnostic.

Cette éventualité ne peut être le fait que d'une grande tolérance clinique ayant permis une longue évolution.

Deux cas sont signalés à ce stade au premier examen, l'un avec tuméfaction de la crête nasale, l'autre avec apparition d'un pôle tumoral à la narine.

II - Le syndrome rhinologique

a)- L'obstruction nasale

Signe le plus constant, elle est présente 6 fois sur 10, quelle que soit l'histologie. Elle est généralement unilatérale, progressive, permanente, résistant aux traitements antibiotique et décongestif.

Elle n'inquiète généralement pas le malade qui ne finit par être ému que par sa persistance, son aggravation ou l'apparition d'autres signes.

Tardivement, elle pourra se bilatéraliser par envahissement de toute l'épaisseur septale et évolution dans la fosse nasale contro-latérale.

b)- Les épistaxis

Deuxième signe par la fréquence, c'est le plus important par l'inquiétude qu'il provoque chez le malade, quelle que soit son abondance, l'amenant ainsi à consulter.

Il est présent : 3 fois sur 10 dans les EOA
4 fois sur 10 dans les sarcomes
6 fois sur 10 dans les tumeurs glandulaires

Il peut s'agir de petites hémorragies répétées, d'un mouchage sanglant parfois, bien que rarement, d'une grande épistaxis grave par son abondance.

Abondance et fréquence ne sont généralement pas en rapport avec la gravité des lésions, la richesse vasculaire de la cloison, et les phénomènes congestifs, liés à la présence tumorale, pouvant à eux seuls être responsables de l'hémorragie.

c)- Les signes infectieux

Rien n'est plus banal, rien n'est moins évocateur, qu'une rhinorrhée persistante qui, quand elle existe parallèlement aux autres signes, leur apporte tout naturellement une explication, jetant sur le tableau le masque trompeur de l'infection chronique naso-sinusienne.

Apanage quasi exclusif des épithélioma, les signes infectieux s'y retrouvent 4 fois sur 10 ; il s'agit le plus souvent d'une rhinorrhée unilatérale, persistante, purulente , parfois légèrement hémorragique, provoquant une irritation vestibulaire avec croûtes et même parfois ulcération sous-jacente. Le plus souvent cette rhinorrhée est associée à une obstruction.

d)- L'anosmie

Bien que logiquement possible, elle n'est signalée dans aucune publication.

III - Les signes d'emprunt

Beaucoup plus rares que dans les autres tumeurs rhino-sinusiennes. Ceci s'explique facilement par l'isolement de la cloison entre deux matelas aériens ; toutefois, on a décrit :

a)- Début douloureux :

- céphalée banale fronto-susorbitaire
- névralgie faciale ou dentaire

b)- Syndromes neurologiques :

- troubles visuels (1 cas)
- paralysie nerveuse (1 cas antérieur à la période envisagée)

IV - Les adénopathies

Présentes au premier examen dans 2 cas sur 76. Il convient donc de se rappeler en cas d'adénopathies sous-maxillaire ou jugulaire, la possibilité d'une tumeur primitive de siège septal.

V - Les métastases

Rares mais non impossibles, le plus souvent intracraniennes entrainant une recherche approfondie dans la sphère ORL, peuvent se produire à distance, il sera alors plus difficile de penser à la cloison comme point de départ.

B - LE DIAGNOSTIC POSITIF

I - Clinique

a)- L'interrogatoire

Précisera : les signes de début, date, mode et évolution
les antécédents : généraux : éthyl, tabac, toxiques
locaux : infectieux, irritants, thérapeuthiques

b)- L'examen clinique

- Les fosses nasales

■ Technique : * Etude de la perméabilité nasale
* rhinoscopie antérieure
* rhinoscopie postérieure

Cette exploration doit être soigneuse, méthodique, bilatérale, au besoin après détersion, aspiration et pulvérisation de vaso-constricteurs ; on palpera les lésions au stylet boutonné, on les délimitera à la vue et au crochet.

■ Résultats :

1°)- Une lésion végétante : c'est de beaucoup l'éventualité la plus fréquente, on la relève dans 81 % des cas, seule ou associée à un autre aspect anatomique.

Son apparence sera différente selon la lésion en cause : généralement bourgeon rouge, friable, saignant facilement, surinfecté ; dans d'autres cas, masse recouverte de muqueuse saine. On en appréciera la consistance plus ou moins dure.

Ce bourgeonnement s'associe fréquemment à une ulcération, soit par nécrose de la masse tumorale, soit par végétation des bords d'une ulcération. Il peut également s'agir d'un épaississement du rebord d'une perforation septale. Son aspect peut être trompeur et le faire prendre pour un polype (DEUTSCH). C'est là que la reconnaissance d'une implantation septale prend toute sa valeur.

Enfin nous avons relevé deux cas de polypose d'apparence bégnine mais dont une histologie de routine a révélé la nature maligne.

2°)- Une ulcération : présente au total dans 45 % des tumeurs septales. Elle est particulièrement évocatrice d'une lésion épithéliale, étant relevée dans 50 % des EOA du septum et 70 % des lésions de la sous-cloison.
Rarement isolée, 1 fois sur 5, elle est le plus souvent associée à une lésion végétante et parfois accompagnée d'une infiltration qu'il faudra savoir chercher sous elle et à son pourtour.

D'étendue variable, elle déborde volontiers sur le plancher des fosses nasales ; elle peut évoluer vers la perforation septale par atteinte puis nécrose squelettique.

3°)- Une infiltration : Celle-ci peut déborder largement la cloison, surtout si elle accompagne une lésion basse, atteignant alors le plancher, les rebords narinaires, les parties molles de la lèvre et de l'auvent nasal. Elle n'est pratiquement jamais isolée, aussi faudra-t-il chercher soigneusement la lésion ulcéro-végétante associée.

- L'examen loco-régional

Permettra de rechercher une extension possible au voisinage :

- sinus
- endocrane
-orbite
- cavité buccale

Recherchera un déficit neurologique.
Explorera les aires ganglionnaires, cervicales et sous-maxillaires.

- L'examen général

Recherche du retentissement général des lésions, des métastases possibles.

Bilan pathologique général : syphilis, tuberculose.

II - Radiologie

Clichés simples : face, blondeau, Hirtz, profil
Tomographies sagittale et frontale.
Cet examen radiographique pourra montrer un épaississement septal, une opacité d'une fosse nasale et, en cas d'envahissement régional, les images de refoulement lyse ou dépassement osseux.

III - Biologie

De peu d'intérêt, elle contribuera simplement à éliminer les lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

IV - Biopsie

Elle est indispensable au diagnostic et son absence rend tout acte thérapeutique, chirurgical ou radiothérapique impensable car souvent incomplet ou inadapté, parfois criminel.
Elle seule peut affirmer le diagnostic.
Elle seule précisera le type histologique.
Elle seule orientera la thérapeutique qu'elle doit toujours précéder de peu.

a)- Méthode

Généralement à la pince, parfois au serre-noeud, elle doit emporter suffisamment de tissu suspect.
Il faudra se méfier des zones de nécrose et ne pas hésiter à multiplier les prises.
La biopsie portera de préférence au bord d'une ulcération, en plein dans une végétation, et au niveau de son implantation.
En cas de petite lésion peu suspecte, on pourra pratiquer une biopsie exérèse, un examen histologique rapide, voire extemporané, permettant éventuellement de compléter le traitement.

b)- Limites

En cas de tumeur manifestement mélanique, la biopsie est formellement contre-indiquée.

C - LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

I - Au stade symptomatique

a) - Discussion d'une obstruction nasale :
- rhinite vaso-motrice ou allergique
- corps étranger
- tumeur bégnine

b) - Discussion d'une épistaxis :
- hypertension vasculaire
- maladie de Rendu-Osler
- polype saignant
- hemorragie de la tache vasculaire

c) - Discussion d'un syndrome infectieux.

II - Au stade de l'examen

a)- Lésion bégnine

- Devant une tuméfaction on peut discuter :
- une polypose banale
- un polype saignant
- un chondrome bénin
- des tumeurs bégnines rares telles que : neurinome, tumeur glomique, granulome inflammatoire.
- un tuberculome

- Devant une ulcération on discute :
- des lésions inflammatoires spécifiques : gomme syphilitique, lupus tuberculeux
- des lésions inflammatoires non spécifiques : ulcère de HAJEK

- Devant une infiltration on pourra discuter une lésion infectieuse staphylococcique.

Il conviendra toutefois de se méfier de la dégénérescence possible d'une lésion bégnine et, d'autre part, une lésion véritablement bégnine peut cohabiter avec un néoplasme (SHARP[47])

b)- Lésion manifestement maligne et débordant la cloison

Le problème est ici surtout nosologique : est-ce une lésion septale évoluée, ou une lésion périphérique atteignant la cloison ?

D - FORMES ANATOMO-CLINIQUES

I - Les épithélioma

a)- EAO columellaire

- Début :
  - une rhinite vestibulaire tenace, croûteuse, souvent un peu hémorragique est le début habituel dans 60 % des cas
  - une folliculite (1 cas)
  - des douleurs isolées ou associées à un de ces signes
  - début tumoral d'emblée avec aspect de tumeur bégnine

- L'intervalle entre le premier signe et la première consultation est en moyenne de huit mois.

- La première consultation est motivée par :
  - la persistance de la rhinite en dépit des traitements
  - l'apparition : d'une ulcération,
    d'une infiltration,
    d'une tuméfaction

- A l'examen, par ordre de fréquence les lésions sont :
  - végétantes
  - ulcérantes
  - ulcéro-infiltrantes
  - ulcéro-végétantes
  - ulcéro-végéto-infiltrantes

Au total, présence dans :

70 % des cas, d'une ulcération
50 % des cas, d'une végétation
30 % des cas, d'une infiltration.

Sur le plan histologique, les lésions végétantes pures sont exclusivement baso-cellulaires, les ulcérations étant principalement spino-cellulaires.

b)- EOA du septum cartilagineux

Début :

Par ordre de fréquence :

- obstruction
- épistaxis
- rhinite
- deux cas de tumeurs antérieurement connues
- une tumeur extériorisée

- l'intervalle entre le premier signe et la première consultation est en moyenne de neuf mois.

- La première consultation
  - 40 % par persistance ou aggravation des signes
  - 25 % par apparition d'une épistaxis
  - dans un cas, apparition de phénomènes douloureux au niveau d'une tumeur connue.

- A l'examen, par ordre de fréquence décroissante, on trouve des lésions :
  - exophytiques
  - ulcéro-végétantes
  - ulcérantes
  - végétantes et infiltrantes
  - ulcéro-infiltrantes

  Au total dans :

  - 90 % des cas : présence d'un bourgeonnement,
  - 50 % des cas : une ulcération,
  - 10 % des cas : une infiltration.

Nous n'avons trouvé ici aucune relation nette entre l'aspect anatomique et l'histologie.

II - Les sarcomes

- Début :

  Par obstruction nasale dans 70 % des cas.
  Parmi les autres signes notons :
  - une tuméfaction nasale
  - un syndrome infectieux
  - une épistaxis

- l'intervalle entre premier signe et première consultation est en moyenne de 9 mois.

- La première consultation, motivée dans 60 % des cas par la persistance ou l'aggravation des signes de début.
  On note une fois l'apparition de signes bucco-dentaires, une fois des troubles visuels, et une fois l'apparition d'une ulcération visible.

- A l'examen, dans tous les cas la lésion est végétante, le plus souvent sessile, dans deux cas : pédiculée.
  Un cas est associé à une perforation et deux à une polypose.

- Dans les antécédents :
  - un traumatisme avec fracture de la cloison osseuse
  - deux polyposes évoluant respectivement depuis 22 et 28 ans

- Histologiquement :
  - 50 % de chondro-sarcomes
  - 22 % de réticulo-sarcomes
  - 14 % de lympho-sarcomes
  - 7 % de fibro-sarcomes
  - 7 % de sarcomes plasmocytaires

III - Les tumeurs glandulaires

a)- Les tumeurs mixtes

- Début : toujours par obstruction nasale unilatérale.

- La première consultation se fait pour persistance de l'obstruction ou pour cause indépendante (découverte accidentelle).

- L'examen montre toujours une tumeur ferme, bien limitée, recouverte de muqueuse saine ou légèrement hyperhémiée, de taille généralement modérée.

b)- Les cylindromes

- début :

Si toutes les lésions se signalent par une obstruction, on retrouve en outre des épistaxis dans toutes les observations.

- A l'examen , présence d'une tuméfaction relativement limitée, polypoïde, parfois polylobée, ferme, très facilement hémorragique.

c)- Les adénocarcinomes

- Début :

Dans les deux cas publiés le début se fait par des céphalées et l'apparition rapide de signes objectifs avec élargissement de la racine du nez.

- A l'examen la tumeur est exophytique, épaississant et ulcérant la partie haute de la cloison, soufflant les os propres.
Cette tumeur est très hémorragique, le segment respiratoire des fosses nasales est libre, ce qui explique l'absence d'obstruction.

E - EVOLUTION

Bien que l'ayant déjà traitée au chapitre de l'anatomie pathologique, nous rappellerons les quelques notions suivantes.

I - Carcinomes épidermoïdes

- évolution basse des lésions columellaires
- évolution longtemps locale des tumeurs de la cloison cartilagineuse
- évolution ethmoïdo-maxillaire et endocranienne des lésions hautes
- évolution ganglionnaire relativement fréquente (16 %)
- métastases possibles

II - Sarcomes

- faible malignité des chondro-sarcomes
- malignité plus grande des autres types mais susceptible de variations selon les critères cytologiques de malignité dans un même type de tumeur

III - Tumeurs glandulaires

Opposition absolue entre l'évolution toujours grave et envahissante des épithélioma et la sécurité apportée par une thérapeutique appropriée dans les tumeurs mixtes et les cylindromes.

F - CONCLUSION

La rencontre d'une tumeur septale est une éventualité rare, trop rare pour que la lésion s'impose d'emblée comme telle au praticien.

Le malade consulte généralement tard, peu inquiété par une évolution initialement pauci-symptomatique ; il ne consulte toutefois généralement pas trop tard car, isolée entre deux couloirs aériens, la tumeur en est longtemps réduite à une évolution locale.

Le rôle du médecin à la première consultation garde donc toute sa valeur et une simple rhinoscopie antérieure lui montrera presque toujours la lésion.

Quels sont les critères nécessaires au diagnostic de ces tumeurs à la première consultation ? Ils sont simples et précis :

1°/ Conduire méticuleusement sa rhinoscopie en débarrassant le nez de tout ce qui l'encombre.

2°/ Avoir présente à l'esprit l'existence de tels cancers

3°/ Utiliser sa pince à biopsie devant toute lésion douteuse de la cloison et en particulier toujours si une lésion exophytique, aussi rassurant puisse être son aspect, part d'une implantation septale.

---

chapitre VI

THERAPEUTIQUE

Abordant ce chapitre, nous espérions retirer de notre étude de solides indications thérapeutiques.

Malheureusement la multiplicité des traitements employés et, corollairement, le petit nombre de cas ayant reçu la même thérapeutique, joints à la brièveté de la période post-thérapeutique généralement portée à notre connaissance, font que, sur ce sujet, l'enseignement tiré fut assez faible et les conclusions sujettes à caution.

A - METHODES THERAPEUTIQUES

I - La chirurgie

a)- Localement

1°/ Les voies d'abord

- Voies naturelles

Développées à l'intérieur des fosses nasales, les tumeurs septales sont accessibles par les orifices narinaires.

Cette voie toutefois est étroite, donnant sur la lésion un faible jour, la vue étant d'autant plus rasante que la lésion est plus haute et postérieure ; les limites postérieures de la tumeur sont très difficilement accessibles, ne permettant pas un bilan exact, condition obligatoire d'une thérapeutique suffisante.

Aussi cette voie n'est-elle praticable qu'en cas de lésion très basse et de très petite taille.

- Incision nasogénienne à la Hautant

Intéressant uniquement l'auvent fibro-cartilagineux qu'elle relève après incision le long du sillon nasojugal, cette voie permet une bonne vue sur le tiers antéro-inférieur de la cloison.

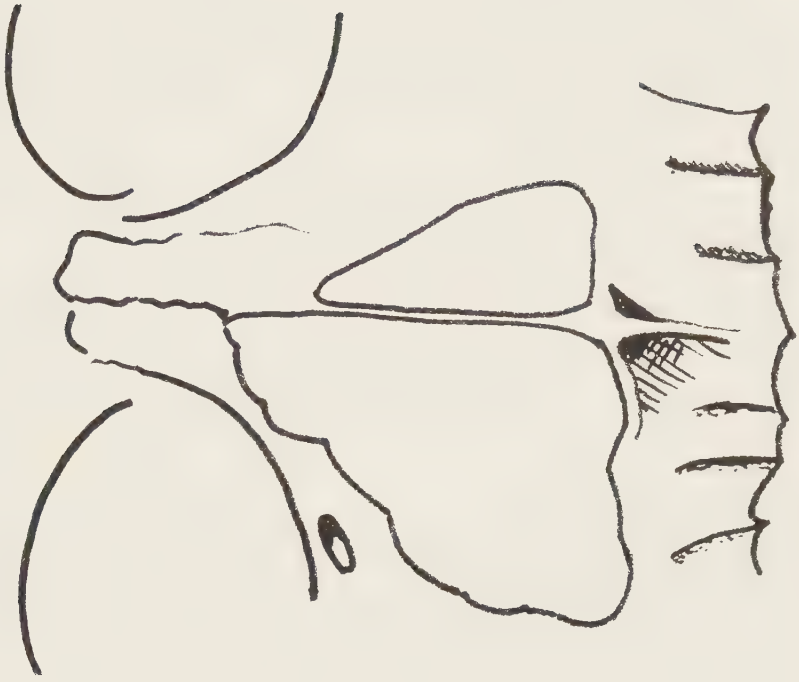
Elle peut être bilatéralisée, les deux ailes étant provisoirement suturées l'une à l'autre par dessus l'arrête nasale.

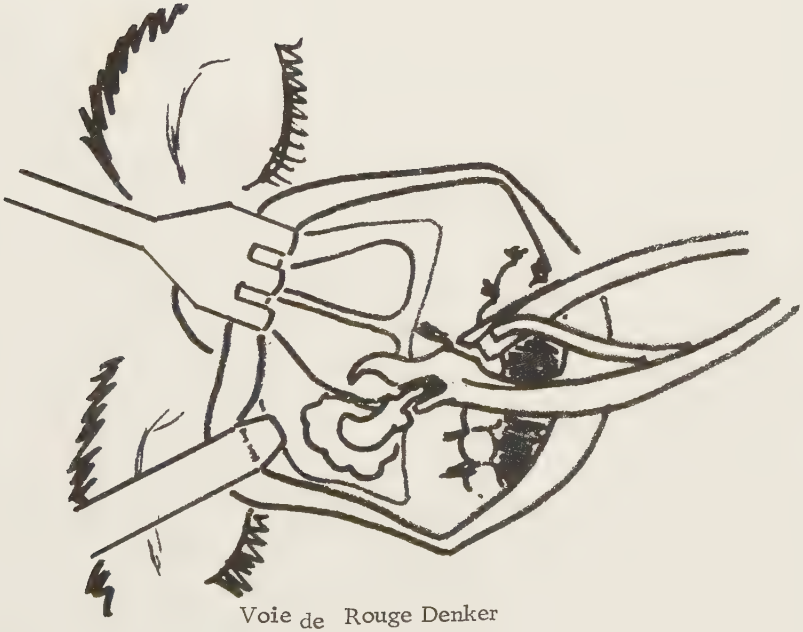
- Rhinotomie paralatero-nasale type Sebileau-Moure

Partant de l'angle interne de l'oeil, l'incision descend le long du sillon nasogenien, contournant l'aile du nez pour se terminer à l'orifice narinaire.

Après rugination du périoste l'abord est alors élargi à la demande par désinsertion de l'os propre ou résection partielle à la pince gouge du pourtour de l'orifice piriforme.

Cette voie permet un bon abord de la cloison notamment dans sa partie haute jusqu'à la lame criblée.





Voie de Rouge Denker

- Voie sous-labiale de Rouge Denker

La lèvre supérieure étant relevée, l'incision vestibulaire est faite au niveau du sillon gengivolabial, un peu au-dessus, ménageant ainsi un lambeau inférieur pour la fermeture. Cette incision est bilatérale, assymétrique aux dépens du côté malade, allant environ de la deuxième prémolaire du côté atteint à la canine du côté sain.

Après rugination des parties molles du pourtour de l'orifice piriforme on peut entièrement décoller la muqueuse de la fosse nasale saine si on veut la respecter en cas de lésion unilatérale.

Dans un deuxième temps, trépanation du sinus maxilaire du côté atteint puis résection à la pince gouge de tout ou partie de la cloison inter-sinuso-nasale.

Cette voir d'abord présente l'avantage d'offrir un jour très large sur toute la cloison y compris dans sa partie la plus postérieure et au niveau du pied ce sans aucune incision cuténée; donc en étant particulièrement esthétique.

2°:/ La chirurgie d'exérèse

- Facile et suffisante en cas de lésion de petite taille et bien limitée, elle consiste alors en une résection partielle ou sub-totale de cloison, enlevant la tumeur et son support ostéo-cartilagineux après délimitation de la pièce par un trait de bistouri électrique passant en zone saine.

- Devient difficile et mutilante dès que la tumeur dépasse les limites de la cloison pouvant alors enlever :
  - en avant, l'auvent nasal et le rebord narinaire
  - en bas, une partie du palais dur
  - en haut et en dehors, venant se confondre à la limite avec la chirurgie ethmoïdo-maxillaire, avec résection du maxillaire supérieur dans ses super , méso, ou infrastructures.

Ces exérèses, qui peuvent se faire au bistouri simple ou électrique, se terminent généralement par une électro-coagulation des tranches de section.

Les avantages de la méthode sont : sa rapidité et des suites opératoires généralement bégnines ; elle est parfois seule possible en cas de tumeur radio-résistante et s'adresse volontiers aux cas extrêmes : petite tumeur bien limitée ou lésion très évoluée débordant largement sur les régions avoisinantes.

Les inconvénients en sont : un risque d'essaimage majeur en cas de résection fragmentaire et des dommages esthétiques parfois considérables.

3°/ L'électro-chirurgie de destruction

La tumeur est ici carbonisée par courant de haute intensité en application bi-polaire, ou par étincelage, l'électrode étant promenée en surface ou enfoncée dans la profondeur tumorale ; les tissus carbonisés sont enlevés à la pince ou à la curette à mesure que le traitement avance.

Avantages de la méthode : elle est parfaitement exangue , bloquant les lymphatiques, évitant un certain nombre des inconvénients de la chirurgie sanglante. Elle peut être utilisée seule ou dans le premier temps d'une thérapeutique

par agents physiques, telle la radiothérapie de contact, permettant une réduction préalable du volume tumoral.

Inconvénients : aveugle, elle permet difficilement de savoir en cours d'intervention si l'on est en tissu sain ou en tissu tumoral. Plus longue que la chirurgie sanglante, elle donne dans les suites opératoires des escarres douloureuses et longues à éliminer.

b)- au niveau des adénopathies

Le curage ganglionnaire portera sur les aires jugulaires et sous-maxillaires qui sont, nous l'avons vu, les aires d'envahissement lymphatique de ces localisations tumorales.

La rareté des adénopathies dans les tumeurs du septum fait que le curage de principe n'a jamais été pratiqué à notre connaissance.

II - Les agents physiques

a)- Principe

1°/ Généralité

Le traitement se propose ici d'agir au niveau de la cellule tumorale par l'effet d'un rayonnement ionisant,.

Basé sur la différence de sensibilité existant entre les cellules saines et tumorales, il exige la coïncidence de deux conditions :

- que le type tumoral soit radiosensible
- que l'emplacement de la tumeur lui soit accessible

2°/ Le rayonnement

Il peut être de nature ondulatoire ou corpusculaire.

- Ondulatoire

- Les rayons X

Découverts en 1895 par ROENTGEN, leur nature est restée mystérieuse jusqu'en 1912 (d'où le terme "rayons X").

Il s'agit d'un rayonnement électro-magnétique produit artificiellement par bombardement d'une cible ou anticathode par un flux de rayons cathodiques accéléré sous vide par une différence de potentiel.

Leur longueur d'onde va de 500 à 0,01 A° .

- Les rayons gamma

De même nature électro-magnétique, mais de longueur d'onde beaucoup plus brève (de 0,01 à 0,0001 A°) ils sont toujours produits par la radio-activité spontanée d'un corps naturel ou d'un isotope artificiel.

Ces radiations électro-magnétiques sont d'autant plus pénétrantes que leur longueur d'onde est plus brève.

- Corpusculaire

Consiste en un flux d'électrons de grande vitesse donc d'énergie cinétique élevée dont la source peut être naturelle ou artificielle.

- par radio-activité naturelle, il s'agit des rayons bêta dont la source la plus connue est le radium.
- les sources artificielles produisent des électrons par une simple cathode chauffée

sous vide, puis les accélèrent soit en ligne droite par des champs électriques (accélérateur linéaire), soit suivant un trajet spirale par un champ magnétique à l'intérieur d'un cyclotron (bêtatron).

b)- Le matériel utilisé

1°/ Le radium

Corps naturel de symbole Ra 226, isolé de la pechblende en 1910 par Pierre et Marie CURIE, il est spontanément radioactif émettant en cours de transmutation, trois types de rayonnement :

- Rayon alpha

Formé de noyaux d'hélium, peu rapides, lourds, ils sont rapidement arrêtés par quelques centimètres du trajet aérien et n'ont aucune utilité thérapeutique.

- Rayons bêta

Peu pénétrants, n'ont aucun intérêt carcinologique (seconde de CROWES).

- Rayons gamma

Les seuls nous intéressant ici, ils représentent 5 % de l'énergie totale dissipée par radioactivité.

Le radium est un corps radioactif de très longue période (durée de demi-destruction d'un échantillon donné) égale à 1.620 ans. Ceci procure, pour un matériel donné, une irradiation constante dans le temps, d'où un calcul facile des doses délivrées. Cela permet en outre la fabrication d'un matériel conservable et réutilisable.

A l'utilisation, le radium est présenté sous forme de :

- aiguilles de platine contenant en leur centre 0,5 à 4 mgr. d'un sel de radium ; la filtration est obtenue par une épaisseur de 0,5 m/m de platine ; ces aiguilles sont présentées avec des longueurs allant de 15 à 50 m/m.
- tubes pour application endo-cavitaire
- appareils plats ou moulés
- bombes au radium

Les deux dernières présentations ne sont plus guère utilisées.

2°/ Les appareils générateurs de Rayons X

Nous avons déjà vu que les rayons X étaient obtenus par bombardement d'une anticathode sous différence de potentiel et que leur pouvoir pénétrant était conditionné par leur longueur d'onde.

En ajoutant que la longueur d'onde est directement proportionnelle à la tension aux bornes du générateur, il nous apparait qu'il existe tout un spectre de rayons X que l'on classe conventionnellement en 3 groupes selon la tension appliquée à l'appareil producteur :

- Les tensions inférieures à 60 kV

Elles donnent naissance à des rayons dits "mous", de grande longueur d'onde, peu pénétrants et donc rapidement absorbés par les tissus superficiels. Ceci est un avantage dans les cas ne nécessitant qu'une action de surface, c'est le cas justement des tumeurs de revêtement cutané ou intra-cavitaire. L'application en est la radiothérapie de contact qui se pratique en réalité à très courte distance focale (2 à 6 cms).

- Les tensions intermédiaires, de 60 à 180 kV

Ont perdu presque tout leur intérêt face aux radiations de haute énergie.

- Les tensions supérieures à 180 kV

Donnent des rayons "durs", pénétrants mais présentant des inconvénients qui en limitent les indications :

- dose cutanée importante
- répartition hétérogène

On cherche à en tourner les inconvénients par :

- la multiplication des champs
- le déplacement permanent de la source : cycloradiothérapie
  radiothérapie pendulaire

3°/ La radioactivité artificielle (bombes à radio-isotopes)

A la base de la gammathérapie moderne liée à l'utilisation d'isotopes radioactifs de période brève. Ces isotopes sont produits dans des piles atomiques par bombardement neutronique de corps naturels non radioactifs.

Deux de ces isotopes nous intéressent ici dans leur application en télé-gammathérapie :

- le cobalt 60
- le césium 137

- Le cobalt 60

Sa période est de 5,4 ans ce qui oblige périodiquement à recharger les bombes et nécessite, à dose constante, un recalcul permanent des temps d'exposition.

Avantages : il est émetteur d'un rayon gamma monochromatique très pénétrant, dont l'énergie est de 1,25 MeV. Cette émission représente 95 % de l'énergie rayonnée. Son pouvoir de pénétration, très grand, permet une dose cutanée acceptable pour une action en profondeur importante.

Ses inconvénients sont la conséquence de ses qualités : dans les lésions superficielles ou peu profondes l'irradiation des tissus sous-jacents n'est pas toujours souhaitable.

- Le Césium 137

La période est ici de 27 ans. Il émet une radiation gamma de 0,66 MeV. L'absorption est maximale à 1,2 m/m sous le revêtement cutané. La dose délivrée décroit assez rapidement avec la profondeur, on peut donc considérer, dans une certaine mesure, qu'il présente des propriétés intermédiaires entre les rayons X et le cobalt, assez voisines de celles de la bêtathérapie.

Les bombes au césium nécessitant un blindage plus léger que les bombes au cobalt, il sera donc plus maniable, sa période relativement longue permettant un plus long délai d'utilisation entre les recharges.

4°/ La bêtathérapie

Naturelle, elle n'est pas utilisée en cancérologie ainsi que nous l'avons vu ; par contre, les appareils générateurs récents font partie des instruments thérapeutiques les plus modernes.

Les propriétés d'un tel rayonnement sont :

- la courbe de répartition des doses variant avec l'énergie cinétique des électrons est adaptable au type de la lésion
- le rayonnement secondaire est faible
- la dose maximale est délivrée en sous-cutané, à une profondeur fonction de l'énergie
- l'absorption se fait en chûte abrupte, l'irradiation étant complètement annulée après une certaine épaisseur, d'où irradiation sélective et respect des organes sous-jacents.

Le matériel producteur :

- les accélérateurs linéaires délivrant des électrons de 5 à 15 MeV
- Les cyclotrons dont les énergies vont de 50 à 30 MeV

Les inconvénients sont principalement liés à l'encombrement et au prix du matériel producteur.

c)- Les modalités d'application

1°/ Localement au niveau de la tumeur

Physiothérapie intersticielle

Pratiquée par aiguillage de radium.

- Principes généraux

Il s'agit de délivrer, en 4 à 7 jours, 1 mcd par centimètre cube de lésion sans dépasser 20 mcd au total.

- calcul de la dose

Elle est fonction du nombre d'aiguilles et de leur charge en radium, sachant qu'un mgr de radium délivre 0,18 mcd par 24 heures.

- Technique

Sous anesthésie générale, après abord chirurgical, la mise en place des aiguilles se fait avec disposition en parallèle, palissade ou corbeille de façon à obtenir une répartition homogène des rayonnements.

Les aiguilles sont fixées entre elles et à la muqueuse puis les fils sont réunis et fixés à l'extérieur par un noeud commun..

Pendant la durée d'irradiation, contrôle radiographique quotidien de la présence et de la situation des aiguilles.

- Avantages

Facilité de mise en place et de calcul de la dose.

- Inconvénients

Risque majeur de radionécrose au niveau des os et des cartilages,
Mauvais contrôle du pôle postérieur des lésions.

Physiothérapie de surface

- par tubes de radium

Ces tubes sont placés dans les fosses nasales, au contact des lésions, soit par les voies naturelles, soit après abord chirurgical, Ils sont maintenus en place par des mèches ou des appareils moulés, ainsi que par des fils de rappel.

Certains auteurs leur donne la préférence les trouvant plus maniables et plus sûrs que les aiguilles.

- par radiothérapie de contact

Cette thérapeutique, qui exige une voie d'abord chirurgicale, consiste à délivrer en une seule séance 7 à 10.000 r à très courte distance focale (2 à 6 cms) ce au moyen d'appareils appropriés.

Cette technique a pour elle d'être élégante et rapide. Elle réalise une véritable radiocautérisation des lésions. Elle n'est toutefois applicable qu'à de petites lésions bien limitées, non infiltrantes et de moins de 1 cm d'épaisseur.

Les rayons sont délivrés avec une extrême focalisation, respectant complètement le voisinage, ce qui peut présenter l'inconvénient de laisser en place des fragments de tumeur non irradiés, responsable dans un des cas publiés d'une récidive locale à court terme..

Télé-physiothérapie

Le principe de cette méthode est de distribuer à la zone tumorale 7 à 8.000 r étalés sur 4 à 6 semaines, en respectant si possible les plans intermédiaires et le voisinage.

Les techniques actuellement en usage sont :

- la radiothérapie à 200 kV
- la télé-cobalt-thérapie
- l'électron-thérapie.
- la télé-césiumthérapie

- La radiothérapie

Ses indications sont actuellement restreintes par l'usage de plus en plus fréquent des autres techniques, plus modernes.

Cette méthode, qui ne présente aucun avantage particulier sur les autres, semble toutefois connaître une nouvelle jeunesse avec l'apparition des rayons X à très haute énergie, produits par les accélérateurs linéaires et les bêtatrons, après interposition d'une cible dans le flux électronique.

- télé-cobalt-thérapie

Pratiquée généralement à une distance focale de 1 m, en un ou plusieurs champs, elle délivre des rayons très durs, la dose décroissant très peu avec la profondeur ce qui permet une excellente protection cutanée et une action importante, quelle que soit la localisation tumorale.

Les inconvénients de la méthode sont dus à cette irradiation en profondeur en cas d'utilisation pour une lésion superficielle.

- télé-césiumthérapie

Délivrée en général à une distance focale de 30 à 50 cms (plésiothérapie) elle présente des avantages propres dans le cas des lésions qui nous intéressent ici :

- la dureté du rayon supprime l'écran osseux
- la peau est bien respectée
- le rendement est maximum à 5 cms de profondeur et décroît ensuite rapidement, la dose de sortie étant négligeable.

Cela réduit l'irradiation des organes sous-jacents.

- L'Electron-Thérapie

Avec ses possibilités d'adaptation en intensité de rayonnement et en profondeur d'action, et grâce à sa courbe d'absorption se traduisant par une véritable focalisation intra-tissulaire sans aucun rayonnement de sortie, cette thérapeutique paraît très séduisante. Toutefois, le seul cas clinique porté à notre connaissance, d'application à une tumeur de la cloison nasale ne nous a pas permis d'en connaître les résultats pratiques.

2°/ Au niveau des gites ganglionnaires

La situation superficielle des aires ganglionnaires dont l'atteinte est possible, l'absence de masque osseux, rendent possible l'application de toute méthode externe, soit actuellement :

- la radiothérapie, avec les mêmes réserves que précédemment
- le cobalt 60
- le césium 137
- l'électron-thérapie

III - La chimiotherapie

Son utilisation n'est signalée que dans un seul des cas rapportés, où elle fut utilisée comme thérapeutique de désespoir mais avec un résultat localement positif, ayant réduit le volume tumoral de moitié.

Les produits utilisés peuvent être :

- des moutardes à l'azote : Caryolysine, Endoxan
- des antimétabolites : Méthotrexate, Purinétol, 5-fluoro-uracile
- des antibiotiques, d'acquisition récente : Rufochromomycine.

Les voies d'administration : orale, intraveineuse ou intra-artérielle, sont toutes trois possibles.

La notion de résistance élective à chaque produit et de sommation des effets, conduit actuellement à l'utilisation en polychimiothérapie.

Les inconvénients bien connus d'une telle thérapeutique sont liés à sa grande toxicité pour les lignées cellulaires sanguines.

IV - Les associations thérapeutiques

Très utilisées dans le traitement de tout cancer, elles permettent d'espérer, avec raison semble-t-il, qu'un deuxième traitement atteindra tout ou partie d'une tumeur que le premier traitement aurait pu laisser derrière lui.

D'autre part, l'effet même partiel, d'une première thérapeutique permet souvent d'instaurer le traitement suivant qui a priori n'était pas pensable.

Les associations thérapeutiques les plus fréquemment rencontrées sont :

a)- Les associations radio-chirurgicales

Ne se conçoivent que si la tumeur est radio-sensible.

1°/ Physiothérapie pré-opératoire

Son intérêt est de réduire le volume tumoral rendant parfois possible l'exérèse d'une tumeur qui semblait dépasser les possibilités chirurgicales.

Le traitement physique doit précéder de très peu l'intervention (quelques semaines) pour éviter les phénomènes de radiosclérose qui la rendraient plus

difficile.

2°/ Physiothérapie per-opératoire

C'est le cas de la contacto-thérapie où l'abord est toujours chirurgical avec parfois une réduction préalable du volume tumoral par électro-coagulation.

3°/ Physiothérapie post-opératoire

Cette association est employée de façon fréquente et d'autant plus volontiers que le potentiel de malignité de la tumeur est grand.

Elle offre une double sécurité : après ablation macroscopique des lésions le traitement par agents physiques prend le relais et attaque à l'échelon cellulaire les reliquats tumoraux possibles.

Les associations les plus fréquentes sont :

- chirurgie + gammathérapie
- chirurgie + radium intracavitaire
- chirurgie + rayons X

La physiothérapie est entreprise le plus rapidement possible dans les suites opératoires.

b)- Les associations d'agents physiques

Seule l'association radium + télé-gammathérapie parait avoir été utilisée selon deux modalités :

- aiguillage ou tubes puis gammathérapie
- télégammathérapie puis application de radium sur les lésions restantes.

B - ETUDE ANALYTIQUE DES THERAPEUTIQUES UTILISEES & DES RESULTATS OBTENUS

I - EOA du septum

a)- Méthodes thérapeutiques utilisées

chirurgie	:	11 fois
Rayons X	:	5 fois
Cobalt 60	:	2 fois
Cesium 137	:	2 fois
Radium	:	1 fois
Contactothérapie	:	1 fois

Association thérapeutiques :	Chi + rX	: 3 fois
	Chi + Co	: 2 fois
	Chi + Ces	: 1 fois
	Chi + Ra + rX	: 1 fois
	rX + Ra	: 2 fois

b)- Résultats

Onze récidives sur 25 cas suivis plus d'un an.

-Slon le siège : 8 locales

1 loco-régionale

: 2 locales + ADP

- Selon la date : 6 évolutions
  2 à moins d'un an
  1 à 1 an
  1 à 2 ans
  1 à 4 ans

- Selon la thérapeutique : 3/11 Chi
  3/5 rX
  1/2 rX + Ra
  1/2 Césium
  1/2 Co
  1/1 Ra
  1/3 Chi + rX

- Selon l'histologie : 10 récidives sur 25 spino-cellulaires
  1 baso-cellulaire

- Selon la clinique : 1 récidive pour 2 ADP

Evolution des récidives : 5 décès en moins de 1 an
1 deuxième récidive à 2ans, décédé
1 deuxième récidive contrôlée à 2 ans
4 contrôlées de 6 mois à 7 ans sans évolution

II - EOA de la sous-cloison

a)- Méthode thérapeutique

2 Chi
6 rX
2 Ces
2 rXC
1 Ra

Association thérapeutiques : 1 Chi + rX
1 Chi + Ces
2 Chi + Ra

b)- Résultats

7 récidives sur 17 cas suivis

- Selon le siège : 3 locales
  1 lèvre supérieure
  3 ADP

- Selon la date : 4 évolutions ou reprises avant 4 mois
  1 récidive avant 1 ans
  1 à 1 an
  1 à 5 ans

- Selon la thérapeutique : 1/2 Chi
  3/6 rX
  1/2 r XC
  1/1 Chi + rX
  1/2 Chi + Ra

- Selon l'histologie : tous spino-cellulaires donc 7/11

- Selon la clinique : 1 ADP donne 1 récidive

Evolution des récidives : 3 DCD avant 1 an
1 deuxième récidive à 2 ans DCD
1 deuxième récidive à 3 ans DCD
2 contrôlées à 18 mois et 4 ans

III - Sarcomes

a)- Méthodes thérapeutiques

5 Chi
2 rX
1 Co
1 Chi + Ra
1 Chi + rX
1 rX + Co

b)- Résultats

4 récidives sur 8 cas suivis

- Selon le siège : 1 locale
  2 loco-régionales
  1 ADP

- Selon la date : 1 à 4 mois
  2 à 1 an
  1 à 2 ans 1/2

- Selon la thérapeutique : 1/5 Chi
  1/2 rX
  1/1 Chi + rX
  1/1 Chi + Ra

- Selon l'histologie : 1/7 chondroS (Chi)
  1/2 lymphoS. (rX)
  1/1 plasmoS. (Chi + Ra)
  1/1 fibroS. (Chi + rX)

Evolution des récidives : 1 deuxième récidive + métastases à 1 an DCD
1 deuxième récidive à 1 an
2 contrôlées à 1 an et à 7 ans 1/2

Pour des raisons de commodité nous avons employé les abréviations suivantes :
Chi = chirurgie ; rX = rayon X ; Co = cobalt 60 ; Ra = radium ; rXC = contactothérapie ; Ces = Césium

IV - Tumeurs glandulaires

a)- Méthodes thérapeutiques

1°/ Tumeurs mixtes

Toutes traitées par chirurgie d'exérèse.

2°/ Cylindromes

2 Chi + rX
1 Chi
1 rX + Chi

3°/ EOA

1 Chi + Ra
1 rX + Ra

b)- Résultats

2 récidives : les 2 adénocarcinomes
1 à 6 mois par ADP puis métastase intracranienne DCD
1 à 1 an, récidive locale de suites inconnues

V- Remarques

a)- Les traitements physiques, jusqu'à ces toutes dernières années, délivrent des doses très faibles souvent inférieures à 3.000 r, ce qui est dû à la très grande fréquence jusque là de l'emploi de la radiothérapie conventionnelle.

b)- Parmi les épithélioma, les spino-cellulaires sont de pronostic plus sombre : ils sont responsables de la totalité des décès et de la grande majorité des récidives, représentant respectivement : 94 % des récidives contre seulement 72 % des épithélioma.

La seule récidive sur baso-cellulaire est, après traitement, contrôlée à 5 ans.

c)- Parmi les sarcomes se dégage une opposition très nette entre le chondrosarcome dont un seul cas de récidive est connu, et les autres histologies de malignité plus grande.

d)- Parmi les tumeurs glandulaires nous relevons le pronostic très sombre des adénocarcinomes.

C - ESSAI DE CODIFICATION DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

I - Bases

a)- Carcinologiques

Quel que soit le degré de malignité tumorale, il est impensable de pratiquer un traitement partiel.

b)- Etiologiques

Les épithélioma, tumeurs à potentiel malin important, principalement les plus différenciés, réclament un traitement précoce et d'emblée le plus complet possible. Leur radio-sensibilité les rend accessibles à tout l'éventail thérapeutique.

Les tumeurs conjonctives, selon leur radiosensibilité et leur potentiel malin, se partageront entre la chirurgie et les radiations avec possibilité d'association des deux. C'est ainsi que le chondrosarcome parait plus volontiers chirurgical alors qu'à l'opposé les sarcomes lymphoblastiques, très radio-sensibles, seront tout désignés pour la haute énergie.

Les tumeurs glandulaires groupent, sous cette appellation, les tumeurs mixtes dont la malignité n'est que potentielle, les cylindromes de malignité plus nette et enfin les épithélioma à haut degré de malignité.

c)- Clinique

- Selon le siège tumoral : le choix de la thérapeutique sera compliqué par les problèmes d'accès et d'envahissement, pour les tumeurs hautes, par des problèmes esthétiques, pour les tumeurs basses.

- Selon l'extension tumorale : le choix de la thérapeutique pourra faire préférer tour à tour les méthodes chirurgicales ou physiques selon le degré d'extension et le lieu d'envahissement.

d)- Esthétiques

Dans toutes lésions basses columellaire il faudra savoir choisir, à valeur thérapeutique égale, le traitement le moins délabrant.

II - Indications proprement dites

a)- Carcinomes épidermoïdes :

1°/ Au niveau du septum cartilagineux

Les indications paraissent assez bien codifiées dans deux cas opposés

- Tumeurs limitées

Unilatérales, de petit volume, non infiltrantes : toutes les thérapeutiques sont ici possibles. On choisira de préférence une voie d'abord large pour bien contrôler l'extension de la lésion.

Les méthodes paraissant les mieux adaptées semblent être :

- La chirurgie d'exérèse enlevant avec la lésion: son socle ostéo-cartilagineux et une collerette de tissu sain
- l'électrocoagulation
- la radiothérapie de contact
- la curiethérapie par pose de tubes semble avoir la faveur de certains auteurs

Dans le cas le plus fréquent d'un épithélioma différencié, le grand nombre de récidive peut faire envisager, même pour une tumeur à ce stade, une télégrammathérapie de complément.

- Tumeurs dépassant les limites de la cloison

- Si la chirurgie est possible (évolution basse) : chirurgie large, sanglante ou par électro-destruction emportant, si nécessaire, la pointe et le dos du nez, le pourtour vestibulaire en avant, le palais osseux en bas, les sinus en dehors. Cette chirurgie sera suivie d'une gammathérapie de complément.

- Si la chirurgie est dépassée (évolution haute principalement) on emploiera la télégammathérapie ; c'est ici que DEUTSCH pose le problème des tumeurs devenant opérables en cours de traitement physique, la chirurgie intervenant 4 à 6 semaines après.

Les indications sont beaucoup moins nettement posées dans les cas intermédiaires : lésions infiltrantes largement étendues sur la cloison, bilatéralisées.

- La physiothérapie semble le traitement le plus indiqué ici sous forme de cobalt, césium ou électronthérapie.
- La chirurgie est encore possible si l'exérèse peut se pratiquer en passant en tissu sain (septectomie subtotale ou totale).

2°/ Au niveau de la columelle (BOURREAU-DEUTSCH)

Ici les considérations esthétiques imposent d'éviter au maximum tout traitement susceptible d'entraîner des pertes de substance importante soit par radionécrose (radium, rayons X) soit par délabrement chirurgical d'où l'intérêt des radiations à haute énergie.

Le césium nous a paru donner des résultats très satisfaisants à la fois sur le plan carcinologique et sur le plan esthétique ; aussi pourra-t-il être avantageusement essayé dans tous les cas. On peut envisager par ailleurs :

- Pour les petites lésions unilatérales et non infiltrantes :
  - contacto-thérapie
  - électrocoagulation
  - chirurgie d'exérèse
- Pour les lésions plus étendues infiltrantes mais non bilatérales :
  - haute énergie, notamment césium
  - chirurgie étendue posant un problème de reconstruction à ne pratiquer qu'en cas de lésion baso-cellulaire, les spino-cellulaire nécessitant une surveillance qu'une greffe ne permettrait pas.
- Pour les lésions très étendues avec infiltration débordant largement la sous-cloison et atteinte du socle osseux, seules les radiations de haute énergie paraissent indiquées.

3°/ Au niveau des gites ganglionnaires

- S'il existe une adénopathie, son traitement s'impose par curage ganglionnaire ou irradiation.
- S'il n'y a pas d'adénopathie,
  - l'évidement prophylactique ne s'impose pas et est rejeté par la totalité des auteurs .
  - l'irradiation systématique peut se discuter en cas d'épithélioma différencié, 16 % des 50 cas relevés ayant présentés une adénopathie à un moment donné de leur évolution.

b)- Sarcomes

Le choix thérapeutique est ici avant tout tributaire de l'histologie

- Chondrosarcomes : la chirurgie employée par tous parait suffisante.

- lympho et réticulo-sarcomes : sont du domaine de la haute énergie
- le seul fibro-sarcome de notre série a continué à évoluer malgré un traitement radio-chirurgical ; nous pensons qu'il aurait peut être tiré bénéfice d'un traitement par cobalt ou césium
- le seul sarcome plasmocytaire est contrôlé à plus de 7 ans par traitement chirurgical.

c)- Tumeurs glandulaires

1°/ Les tumeurs mixtes

Leur localisation sur la cloison nasale ne change rien au traitement actuel admis pour ces tumeurs. Leur thérapeutique est uniquement chirurgicale, la seule condition nécessaire étant une ablation d'emblée totale de tout le tissu tumoral.

2°/ Les cylindromes

Leur traitement paraît devoir être toujours chirurgical mais étant donné leur potentiel métastatique reconnu de tous, on aura intérêt à faire suivre la chirurgie d'une gammathérapie.

Eventuellement, si un volume très important en rend l'extraction difficile, il pourra être pratiqué comme dans le cas rapporté par MADONIA MODICA une physiothérapie pré-opératoire.

3°/ Epithélioma glandulaire

Les deux cas rapportés dans la littérature semble posséder un haut potentiel malin. Aucun des deux n'a été soumis à une gammathérapie.

Nous pensons qu'un traitement associant une résection chirurgicale à une télé-cobalt-thérapie ou une télécésiumthérapie aurait peut-être donne de meilleurs résultats.

E O A

date pub.	AUTEURS	N°	Sexe M	Sexe F	âge	date S 1	S 1	C 1	intervalle S 1	intervalle C 1	Examen	Histologie spi	Histologie it	Histologie baso	Histologie A
1947	SHARP		+	-	52	1947	"Spot" (1)		0	0	vég+perfo.	+			0
1950	CAPPS	5	-	-	65	1949	obstruction				ulc+polyp.			+	+
	WILLIAMS	4	-	+	73	-					végétat.	+			0
	"	8	+	-	46	-	croûtes	id			ulc+végét.	+			0
	"	10	-	+	39	1949					végétat.	+			0
1951	LEROUX ROBERT		+	-	-	-					végétat.	+			0
1956	HIRONO-KOTANI		+	-	69	-	obstruction			0	végétat.	+			0
-	LOMPARD	1	+	-	78	1947	-d°-		3m	0	végétat.	+			0
	"	3	+	-	48	1947	-d°-	épistaxis		0	végétat.	+			0
	"	4	-	+	80	1948	tuméfaction		18m	0	végétat.	+			0
	"	6	+	-	50	1951	obs. +épis.		6m	0	vég+polyp.			+	0
	"	8	+	-	62	1954	pustule	extérioris.	4ans	0	vég+infilt.	+			0
	"	9	-	+	56	1955	tuméfaction			0	ulcère	+			0
	"	10	+	-	56	1955	ulcération crête nasale		0	2 a	ul+végét.	+			0
	"	11	-	+	68	1955	obstruction	épistaxis	5m	0	ulc+végét.	+			0
	"	12	+	-	59	1955	-d°-	-d°-	8m	0	ulc+végét.	+			0
	"	13	+	-	52	1956	polypes	polypes	0	3 a	vég+infil.		+		0
	"	14	-	+	55	1956	gêne intra-nasale		4m	0	végétat.	+			0
1957	LARGER		+	-	53	1956		obstruction			végétat.	+			0
1963	ROGERS		+	-	-	1954						+			0
1964	BERARD	3	-	+	52	1959	Hajek	dégénéresc.		2 a	ulcère	+			0
-	PONCET	1	-	+	-	1961					végétat.	+			0
	"	2	+	-	-	1953					végétat.	+			0
1965	LOISEAU BELK.	1	-	+	64	1964	obstruction		3m	0	ulc+infil			+	0
	"	2	+	-	51	1964	tuméfaction	Accroissem.	9a ?	0	ulc+végé.	+			0
1966	DEUTSCH		+	-	42	1964	tuméfaction	douleur	3m	2 a	ulc+vég.	+			0
1970	MARSEILLE	1	+	-	71	1961	rhinite	ulcération	8m	0	ulc+vég.	+			0
	"	2	+	-	64	1961	rhin. +épis.	épistaxis	2 a	1 a	végétat.	+			0
	"	3	+	-	67	1967	croûtes	persistance	8m	0	ulc+vég.	+			0
	"	4	+	-	55	1965	croûtes		2m	0	ulc+végét	+			+
	"	5	+	-	57	1967	tuméfaction	épistaxis	6m	0	ulc+vég.		+		0
	"	6	+	-	62	1968	algies	croût. ≠ épis.	4 a	0	ulc+vég.		+		0

(1) - Rapidly growing spot on the nose

traitement	Récidive			évolution ultérieure	Survie		Observations
	inter	mode	traitement		thérap.	totale	
chi+rX+Ra	-				> 1 a		Gomme de la cloison
rX	évol	locale	rX	DCD	1 a		(pour ces 3 cas,
rX 3600r	évol	loc+ADP	téléRa+chi loc.	DCD		8 m	(dates non
rX 5.000r	-				> 1 a		(précisées
chi	-				> 6 a		
chi	-						
chi	évol	mét IC		DCD	4 m	7 m	Prise de tabac
rXC 7.000r	-					9 a	
rX 2.800r	évol	locale	rX	DCD affec. vascul	7 a		Lupus
rX5500+Ra3mcd	45 j	locale	chi+rX C 6000		> 5 a		
chi	8 m	locale	Chi	ADP+loc DCD	2 a		
rX 4.500r	-				> 1 a		Lupus
rX3000Ra 1,92	-				> 1 a		Lupus
Chi	-				> 1 a		
chi+rX 2.500r	1 a	locale	Chi		> 1 a		
Chi	-				> 6 m		
Chi	-				> 6 m		
Chi + rX	-				> 3,5 a		Trombose sinus cavern.
Chi	-				> 9 a		
Chi+rX 4500r	-				> 3,5 a		
Chi	-				> 2,5 a		
Chi	-				> 5 m		
Chi + Co	-						
Chi + Co	-						
Chi large	6 m	loc. +ADP	Chi	DCD méta. Diffuse	8 m	3,5 a	Ablation à C1 sans Histol.
Ces 5000r	4 a	locale	Ces 7.500r-	2a. 2°Rec. Chi	> 8,5 a	9 a	
Ra 1,6	2 a	locale	Ces 7.000r		> 2,5 m	6 a	
Chi-Ces 7400r	-				> 2,5 a	3,5 a	
Co 6. 000	évol	locale	chimiothérapie	DCD	14 m	17 m	
Co 8250	-				> quelques mois		Polypose associée
Ces 7.100	-				> 1 a	5 a	

E. O. A.

date pub.	Auteurs	N°	sexe M	sexe F	Age	Date S 1	S 1	C 1	interval. s1/dlc1	interval. dlc1 diag	Examen	histol. S	histol. I	histol. B	A D I
1950	CAPPS	1	+				Découverte accidentelle				végét.	+			
		2	+		68						végét.	+			
		3	+								ulcérat.	+			
		4		+							ulc. inf.			+	
1950	WILLIAMS	2	+		16						végét.			+	
		7	+		50		douleur		1 a	0	ulc.	+			
1955	BOURGEOIS	1	+		76	1954	folliculite	extension	?	0		+			
1956	LOMPARD	2	+		67	1947	ulcération		18m	0	Ulc.	+			
		5	+		50	1949	aspect TB		?	1m	ulc. Vég.	+			
1964	BERARD	1	+		50	1955	croût. +ép.	infiltrat.			ulc. infil	+			
		2	+		70	1962	doul+croût	infiltrat.	?	15j	ul. vé. inf	+			
1964	BOURREAU	3	+		55	1963					ulcer.	+			
		4	+		63	1962					ulc. infil.			+	
		5		+		1962	ulcération	EXTENS.	?	?	végét.			+	
1965	LOISEAU	3	+		73	1964	rhinite		6 m	0	ulc. végé.	+			
1970	MARSEILLE	7	+		61	1962	K. multifoc dt	1 septal	3 s	0	végét.			+	
		8	+		58	1965	rhinite	aggrav.	7 m	0	ulc. infil.	+			
		9	+			1966						+			

COLUMELLE

traitement	Récidives int.	mode	traitement	évolution ultérieure	Survie thérap.	Totale	Observations
Ra tubes	-				> 2 a		
rX+chi	évol	ADP+méta		DCD	1 a		
chi	10 m	ADP bilat.		DCD	1 a		
Ra+chi	-				> 7 a		Lupus
rX	-			radionécrose	> 2 a		ADP inflammatoire ?
rX 3000r	1 a	lèvre sup.	Ra. év. chi		> 18m	2,5 a	Radionécrose
rXC 8000	3 m	locale-	chi		> 4 a		
rX 3450r	5 a	Locale	chi-Ra-récid-chi-DCD		8 a	10 a	
rX 3600r	-				> 7,5 a		Radionécrose
chi+Ra.10mcd	2 m	locale	chi+rX 2500r	2°récid. DCD	2,5 a		
chi+Ces.4000r	-				> 18 m		rX anti-inflam. avt diagnos.
chi+rXC.5500r	-				> 1 a		Radionécrose
chi	-				> 18 m		EOA cutané multifocal
rX 4100r	-				> 1 a		Fenêtre Berlyllium
refuse toute thérapeutique							
Ces.6. 300r	-				perdu de vue		
Ces.7. 100r	-				> 2 a	2,5 a	
rX 3. 500r	4 m	ADP	Chi	récid. DCD	11 m		

T U M E U R S

date	AUTEURS	N°	Sexe M	Sexe F	Age	Date S 1	S 1	C 1	Intervalles S1 C1	Intervalles Diag.	Exam
1949	CRABBE	1									
1952	GABRIEL	1		+	57	1952					Tum
1956	LOMPARD	7		+	45	1952	Céphalées	Persistance	15J	0	Tum
1959	CANCULIO MANARA	1		+	51	1953	Obst+épis+Céphalées				Tum
1959	MADONIA-MODICA	1		+	69	1958	Epistaxis	Epist+Obst.	3m	0	Tum
1962	HINOJOSA	1	+		23	1962					Tum
1963	KATO	1									
1964	PONCET	1		+	47	1963					Tum
"	"	2	+		49	1954	Obst+Hémorragie				Tum
1964	VINCENT du LAURIER	1									
1970	MARSEILLE	10	+		62	1962	Découverte accidentelle		0	0	Tum
"	"	11		+	74	1966	Epistaxis	Répétition	1 a	0	Tum

G L A N D U L A I R E S

Histol m	Cy	E O A	ADP	Traitement	Récidives inter	mode	traitement	Evolution Ultérieure	Survie thér.	TotaL	Observations
+											
			0	Chi							
		+	0	chi+Ra	6m	ADP	Chi+rX5400	DCD mét.	IC 1 a		Cloison osseuse
	+		0	Chi+rX					1 a		
	+		0	rX 4000+chi							
			0	Chi							
		+	0	rX+Ra	1 a	local	Bétatron		1 a		
	+		0	chi+rX 8340					9 a		
			0	Chi					Perdu de vue après 3 mois		
	+		0	Chi							

SARCOMES

date	Auteurs	N°	Sexe M	Sexe F	Age	Date S1	S 1	C 1	Intervalle S1 C1	Intervalle Diag.	EXAMEN	Histologie R	Histologie C	Histologie F	Histologie L
1946	OWEN	1	+		43	1943	Obstruction	Persistance	?		masse rouge		+		
1952	AMATI	1										+			
1952	LAWSON	1											+		
1955	JAY	1		+	48	1947	Obstruction		2 a	1 a	masse poly.				
1956	LAWSON	2											+		
1956	LOMPARD	18		+	54	1955	Douleur	Obstruc.	10m	0	masse ++				+
1957	HANKEY	1		+	54	1956			4 m	0			+		
1957	LAVOIE	1											+		
1959	BALSHI	1	+		31	1956	Obs. +troubles visuels		?	10m	masse ++		+		
1964	GRANDI	1	+		38	1963	Obs.	Aggrav.	5m	0	masse	+			
1964	PONCET	1	+		79	1963	Obstr.	Ulcer.		0	masse irrég.	+			
	"	2	+			1960	Rhinite	ulcer. inf.		1 a	perfo+végé.				+
	"	3				1961							+		
1970	MARSEILLE	12	+			1960	obs.+épis.	-id-		0	polype sept.			+	

	Traitement	Récidives		traitement	Evolution Ultérieure	Survie		OBSERVATIONS
		int	mode			théra.	Tot.	
0	Chi	1 a	loc	Chi	2ème récid.	> 2 a		
0	chi+Ra(-)	1 a	loc. rég	chi		> 7,5 a	8,5 a	polypose 22 ans
0	rX	4 m	ADP	rX 10.000r		> 1 a	2 a	
0	Chi	0						
	Chi	0				> 1 a		
0	Co 5000r	?						sarcome post-traum. ?
0	rX 5200r	0				> 8 m		
0	rX+Co 6300r	0				> 2 a	3 a	biopsie (-) à C1
0	Chi	0				> 6 a		
0	chi+rX 7700r	2,5 a	loc. rég	Chi	2ème réc.+ mét. DCD	3 a 9m		Polypose 28 ans

CONCLUSIONS

Les tumeurs malignes de la cloison nasale ne sont pas des affections fréquentes. Représentant environ les 4/100 000° de la totalité des tumeurs humaines et 0,32 % des tumeurs ethmoïdo-maxillo-nasales, on peut même en dire qu'elles sont très rares.

Toutefois, mal connues comme tout ce qui est rare, elles gagnent à être étudiées ; c'est pour cela que nous avons réuni 76 observations que nous avons relevées dans la littérature médicale de ces 25 dernières années.

Sur le plan anatomo-pathologique, nous avons remarqué une dominance nette des Carcinomes épidermoïdes qui représentent 65 % du total, le reste se partageant entre tumeurs glandulaires et conjonctives. Si ces tumeurs ne présentent aucun particularisme histologique, elles prennent naissance sur une entité anatomique bien individualisée, à la circulation lymphatique originale, aux rapports très diversifiés.

Cliniquement, leur symptomatologie est d'une banalité telle qu'elle en devient redoutable pour le malade. Devant un tableau trompeur et rassurant, il va trop souvent, négliger de petits signes qui, pourtant, l'appellent à consulter. Tout le problème est là. L'examen soigneux montre toujours la lésion et, voir une lésion septale, c'est en faire le diagnostic. En effet nous le répétons avec force, toute lésion nasale implantée sur la cloison, aussi bénin que puisse être son aspect, doit être vérifiée par l'histologiste.

Le diagnostic fait, la biopsie ayant court-circuité le diagnostic différentiel, reste à appliquer un traitement adapté.

Aucune des méthodes thérapeutiques qui s'offre au choix du médecin ne présente une grande originalité, leur éventail allant de la chirurgie aux radiations, comme dans le traitement de tout cancer.

Trois méthodes paraissent présenter le maximum de garanties pour le malade : il s'agit de la chirurgie, des radiations de haute énergie et de l'association des deux.

Quelle méthode employer ? C'est ici que le bât nous blesse car il ressort de notre étude que tout a été utilisé pour toutes les lésions. En nous basant sur les résultats obtenus et nous aidant de l'expérience de nos Maitres, nous avons toutefois posé quelques indications, notamment pour les lésions épithéliales :

-pour des lésions très limitées la chirurgie et l'irradiation luttent à armes égales, le choix de l'une ou de l'autre méthode étant affaire de convenance ou d'expérience personnelles.

-des lésions débordant largement la cloison appellent d'autant plus volontiers la chirurgie qu'elles évoluent vers le bas, et sont rapidement du domaine radiothérapique quand leur évolution est haute ;

-dans les cas intermédiaires et pour les lésions columellaires, la césiumthérapie nous a paru être l'arme la mieux adaptée.

La lésion traitée, il ne faudra pas négliger la surveillance régulière du malade, les récurrences étant fréquentes et, seule, la non-réapparition des lésions au fil des contrôles successifs, pourra démontrer l'efficacité des thérapeutiques.

Terminant cette étude, nous nous sommes interrogés sur son utilité pratique, étant donné la rareté de l'affection en cause.

Cependant il nous est apparu qu'en cancérologie, plus encore qu'en pathologie générale, il n'est pas de connaissance inutile ; d'autre part, le maniement des statistiques ne doit pas nous faire oublier que nous parlons avant tout de malades. Or, pour le sujet porteur d'une telle lésion, il ne s'agit pas d'une tumeur rare mais de "son" cancer, cancer qui en vaut bien un autre car il tue aussi bien.

Vu, Marseille, le 16 Mars 1970

LE DOYEN,

M. le Professeur GASTAUT

Lu et approuvé

LE PRESIDENT DU JURY

M. le Professeur APPAIX

BIBLIOGRAPHIE

1- ACHARD M. V. R. Metastatic hypernephroma occuring in nasal septum Arch. . of Otolar yng. Dec. 1955 62,6, 644-648

2- ANDRE J. M. Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales ; THESE Paris 1905 N° 200

3- ANDRE P. Tumeurs des fosses nasales E. M. C. ORL 20405 A 30

4- AMATI M. Reticulosarcoma del naso. Arch. Ital. Otol. -63, 12 suppl. N° 1-56 1952

5- BALSHI S. F. Anusual tumors of the nose. Arch. of Otolaryng. Chicago, 70, 1, pp 120-129 - 1959

6- BARBIERI A. Contributto su i tumori cosidetti "misti" a sede nasale. Minerva Otorinolar. 1965, 15, 11-12, pp 197-203 (Biblio.)

7- BEL KAHIA A. Contribution à l'étude des épithélioma de la partie antérieure cartilagineuse de la cloison nasale. Thèse Paris 1965 N° 194

8- BERARD F. , GANDON J. & POLLET : deux observations d'épithélioma de la columelle et une de la partie inférieure de la cloison. Annales Oto-Laryngol. Paris 1964 81, 1-2, pp 76-78

9- BLAZY Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale. Thèse Paris 1896 N° 449

10- BOUHEBEN JP. De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires - Thèse Paris 1873 N° 296

11- BOURGEOIS R. LECAMUS & PINEL : Epithélioma du vestibule narinaire traité par radiothérapie de contact. Annales Oto - Laryng. Paris 1955 10, pp 817-818.

12- BOURREAU P. Contribution à l'étude des épithélioma primitifs de la sous-cloison. Thèse Paris 1964 N°222 (Biblio.)

13- BREMOND G. & SAVY J. A propos d'un cas de tumeur mixte de la cloison nasale. Soc. ORL du Sud-Est, séance du 24/6/1962.

14- CANCIULO D. MANARA E. Un cas rare de tumeur à morphologie cylindromateuse de la cloison nasale. L'ORL Italiana XXIII°, fasc. III

15- CAPPS F. C. W. & WILLIAMS I. G. : Discussion on malignant diseases of the nasal cavities and sinuses. Proc. Roy. Soc. Med. 43, pp 665-674, 1950

16- CASTELLAIN, AMALRIC R. SPITALIER J. M. : Epithélioma de la sous-cloison nasale traité par césiumthérapie. Bull. Soc. Fra. Dermatologie, 69 5, pp 949, 1963.

17- CORNEC A. Anatomie des fosses nasales. E. M. C. ORL 20265 A 10

18- CRABBE M. Cylindrome de la cloison nasale. Soc. Belge d'ORL, XIV° Congré Juillet 1949

19- DEUTSCH H. J. Carcinoma of the nasal septum. The annals ORL St-Louis LXXV, 4, pp 1049-1057, Dec. 1966 (Biblio.)

20- DOUVIER P. G. L. Traitement de l'épithélioma de la cloison cartilagineuse par l'association électrocoagulation-radiothérapie de contact. Thèse Paris 1965 N° 120

21- GABRIEL G. E. A case of mixed salivary tumor of the nasal septum. J. Laryngo-Otol. , 66, p 329, 1952

22- GARCIN M. AMALRIC R. SPITALIER J.M. PECH A. CAGNOL C. : Considérations sur les tumeurs malignes de la cloison nasale, à propos de 12 observations. Congrès ORL Paris 1967

23- GIGNOUX M. PAPILLON J. & REBATTUT J.P. : De l'emploi de la radiothérapie de contact dans le traitment des épithélioma de la cloison J.F. ORL, I, pp 312-315, 1952

24- GIGNOUX M. GAILLARD J. & CARRE : Un cas de tumeur maligne de la partie haute de la cloison nasale. J.F. ORL, IV, 2, pp 95-98, 1955

25- GIGNOUX M. & GAILLARD J. Le traitement des épithélioma de la cloison nasale ; Annales ORL Paris 72, pp 393-403, 1955

26- GRANDI H. Rethotelsarkom des septum nach Nasentrauma. HNO Berlin 12, pp 320-322, 1964

27- GUERRIER Y. & ORIOL R. Les mélanomes malins primitifs en ORL Masson 1964

28- HANKEY G.T. Chondrosarcoma of the maxilla and septum. Proc. Roy. Soc. Med. 50, pp 679-680, 1957

29- HINOJOSA R. AZUARA T. & GOMEZ MARTINEZ A. Tumores de glandulas salivales de nariz. An. Soc. Mex. Otorrinolar. 5, 47, 1962.

30-HIRANO & KOTANI : Epithélioma du septum traité par chirurgie. Zibi Inkoka Rynsio Tokio, 28, 12, 1966 (résumé anglais)

31- JAY H. M. Plasmocytoma of the nasal septum. The Jour. of Laryng. and Otol. LXIX.. pp 625-626, 1955

32- KATO H. Mixed tumor of the nasal septum. Otolaryngology Tokio 35, 1, pp 51-53, 1963

33- LARGER M.J. Découverte fortuite d'un cas d'épithélioma du septum à la suite d'une thrombophlébite du sinus caverneux. Ann. Oto-Laryng. Paris 74, p 354, 1957

34- LAVOIE R. Chondrosarcome de la cavité nasale. Laval Médical, 22, pp 597 - 602, 1957

35- LAWSON L.J. Intranasal chondrosarcoma ; report of a case. Arch. Oto-Laryngo. Chicago 55, pp 559-565, 1962

36- LAWSON L.J. Intranasal chondrosarcoma. A supplemental case report. Arch. Oto-Laryng. Chicago, 64, pp 331-334, 1956

37- LEQUERRE M.J. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Thèse Bordeaux 1921 N° 35

38- LEROUX-ROBERT & ENNUYER Cancers du massif ethmoïdo-maxillaire. Classification anatomo-clinique, modes de traitements chirurgicaux et radio-chirurgicaux. Ann. Oto-Laryng. Paris 68, 10, pp 617-688, 1951

39- LOISEAU G. MARCHAND J. & FEDI P. A propos de 6 observations de tumeurs limitées des fosses nasales. Ann. Oto-Lar. Paris, 82, 10-11 pp 836-841, 1965

40- LOMPARD R. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la cloison nasale et de leurs méthodes de traitement. Thèse Lyon 1956 N° 180 (Biblio.)

41- MADONIA T. MODICA V. Cilindroma del setto nasale. Clinotorinolar. 10, pp 402-416, 1959

42- MARCHAND J. Formes cliniques des épithélioma de la cloison nasale. Entretiens de Bichat ORL 1965, pp 329-332.

43- MAYOUX R. REBATTUT J. P. & COLL. Epithélioma de la cloison nasale. traité par radiothérapie pendulaire. J. F. ORL, 5, 2, pp 163-167 1956

44- OWENS Tumor of the nasal septum (chondrosarcoma) Proc. Roy. Soc. Med. 39, p 362, 1946

45- PONCET P. Tumeurs de la cloison nasale. Soc. ORL Latina, XV° Conv. Bologna, pp 979-1001, 1964

46- ROGERS K. A. & WALKER E. A. Primary epidermoïd carcinoma of the nasal septum. J. Okla. State Med. Ass. 56, 10, pp 458-464, 1963 (in Excerpta Medica, 17, 5, IX, p 286, May 1964)

47- SHARP H. S. Gummatous destruction of the nasal septum perforating epithelioma of the nose. Proc. Roy. Soc. Med. 40, p 284, 1947

48- SOLVROFF Chondrosarcoma of the nasal cavity. Ann. Oto-Lar. St. -Louis 1955, 64, pp 718-727.

49- STRIDE R. D. Chondroma of the nasal septum. The Journ. of Lar. and Otol. 71, 11, pp 754-755, 1957.

50- TERRACOL & ARDOUIN Traité d'Anatomie des fosses nasales et des cavités annexes. Maloine 1965

51- TESTUT L. Traité d'anatomie humaine. Doin 1922

52- VINCENT DU LAURIER M. Contribution à l'étude des localisations nasales des tumeurs dites mixtes. Thèse Paris 1964.

53- WARD G. E. HENDRICKS J. W. Diagnosis and treatment of tumors of the head and neck. Williams & Wilkins C°. pp 481-482, 1950

TABLE DES MATIERES

PROLOGUE. 1
OBSERVATIONS. 2

CHAPITRE I - INTRODUCTION

Définition. 10
Historique. 10
Limites du sujet. 11

CHAPITRE II - ANATOMIE

Généralités. 13
Anatomie Descriptive. 13
Anatomie Topographique. 18
Etudes synthétiques. 20
Conclusions. 22

CHAPITRE III - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
& EVOLUTION ANATOMIQUE

Les carcinomes épidermoïdes. 24
Les tumeurs d'origine glandulaire. 27
Les sarcomes. 28

CHAPITRE IV - ETIOLOGIE

Etiologie générale. 30
Etude en fonction de l'histologie. 31

CHAPITRE V - SIGNES & DIAGNOSTIC

Les signes d'appel. 36
Le diagnostic positif. 38
Le diagnostic différentiel. 41
Formes anatomo-cliniques. 41
Evolution. 44
Conclusion. 45

CHAPITRE VI - THERAPEUTIQUE

Methodes thérapeutiques. 46
Etude analytique des therapeutiques utilisées & des résultats obtenus. 55
Essai de codification des indications thérapeutiques. 58

CONCLUSIONS. 70

BIBLIOGRAPHIE. 72

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

IMPRIMERIE — PAPETERIE MASSILIA
28, RUE DES ABEILLES - MARSEILLE (1ER)